

養育医療給付申請書

受付印

明石市長様

乳児(受療者)	フリガナ	アカシ イチロウ		生年月日	R 7 年 12 月 2 日
	氏名	明石 一郎			
	居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 (※申請者と別住所の場合は、乳児の住所地を記入してください)			
扶養義務者	現在地	病院内・その他 ()			
	フリガナ	アカシ タロウ		乳児(受療者) との続柄	父
	氏名	明石 太郎			
居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 (※申請者と別住所の場合は、扶養義務者の住所地を記入してください)				
被保険者証等の記号・番号	記号 1		番号 10000		
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	保険者名	0000	健保	・ 共済組合 国保 全国健康保険協会 支部
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	0000 病院 〒000-0000 病院の住所地				
医療券送付先	申請者(保護者)住所 その他 〒 ※申請者と別住所の場合は、送付先の住所地を記入してください。				
上記のとおり未熟児養育医療の給付を申請します。 R 7 年 12 月 10 日					
申請者(保護者)氏名 明石 太郎					
住所 〒000-0000					
(申請者の住所地)					
乳児(受療者)との続柄 (父)					
電話番号					
自宅(078) 000 - 0000					
携帯 090 - 0000 - 0000					

世帯調書兼同意書

下記の者は、支給認定にかかる、住民基本台帳情報、市県民税の課税状況、健康保険の加入状況等について明石市が保有する情報を利用することについて同意します。また、明石市の児童福祉課が母子保健法第21条の4に基づく事務手続を処理するため限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

乳児(受療者)本人の属する世帯構成	氏名(自署)	続柄	生年月日	個人番号	勤務先または職業・学校等	備考
	明石 一郎	本人	R7.12.2	111111111111		
明石 太郎	父	H8.1.30	222222222222	000(株)		
明石 花子	母	H9.10.15	333333333333	(株)△△△△		
明石 時造	祖父	S39.7.1	444444444444			
明石 時恵	祖母	S40.8.10	555555555555			
		..				
		..				
		..				
		..				
世帯外の扶養義務者			..			
			..			
			..			
			..			

- 世帯構成欄には、乳児(受療者)本人と生計を同じくしている者全員が自署で記入してください。
- 乳児(受療者)本人以外が養育医療の給付中または、申請中のときは備考欄に記入してください。
- 世帯外の扶養義務者欄は世帯以外で、現に乳児(受療者)本人を扶養している人がいる場合に記入し、備考欄に住所を記入してください。
- 扶養義務者とは、父、母、祖父母、養父母、兄弟姉妹のほか、家庭裁判所で扶養義務を負わされたおじ、おば等です。
- 申請後に住所の変更、扶養義務者の変動などがありましたら児童福祉課に届出してください。

事務処理欄:1.顔写真付きの身分証明書 2.その他()