

【記入例】

養育医療給付申請書

記入しないでください。

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

〒492-8217

申請者 住 所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16

父親を申請者としてください。
お子さまの扶養者が母親の場合には、母親を申請者としてください。

電話番号 0587-21-2300

ふりがな いなざわ たろう

氏 名 稲 沢 太 郎

(受療者との続柄 父)

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料(必要に応じ世帯員分を含む。)

及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

受療者	ふりがな 氏名	いなざわ いちろう 稲 沢 一 郎	個人番号	123412341234		
	住所地 (住民票所在地)	〒492-8217 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16				
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒492-8510 稲沢市長束町沼 100 番地				
	生年月日	令和 元 年 5 月 10 日生		性別	(男)・女	
被保険者等資格確認書類の 記号及び番号		1 2 3- 0 0 4 5				
保険者の名称		稲 沢 市				
指定 医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ 場合は省略可能)	(受療者現在地と同じ場合は省略可能)				
	名 称	稲沢市民病院				
診療予定年月日		令和 元年 5 月 10 日から 令和 元年 8 月 31 日まで				
(添付書類)		1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類				

注1 被保険者等資格確認書類(資格確認書など)を持参してください。

注2 裏面世帯調書も記入してください。

注3 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注4 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。

注5 申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

(裏)

世 帯 調 書

	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業（勤務先）	階層区分（※）	年間所得税額（※）	備考（※）
受給者の属する世帯構成	稲沢 太郎	父	男	S59.2.3	養育医療に関する同意書があれば、保健センターでの対応が可能です。 123412341234	稲沢市役所			
	稲沢 花子	母	女	S60.5.3		なし	未就業の場合は「なし」と記入してください。		
	稲沢 桃子	姉	女	H22.2.6		なし			
	稲沢 一郎	本人	男	R1.5.10		なし			
	養育医療を受けるお子さまからみた続柄を記入してください。								
	「受給者の属する世帯構成」欄には、お子さまと申請者を含め、生計を一にしている方すべてについて記入してください。（父親が単身赴任等で同居していない場合も含みます。） （※）の欄は記入の必要はありません。								
	市外在住の場合は、個人番号の分かるものを御持参ください。								
世帯外扶養義務者	氏名	稲沢 二郎	祖父	男	S32.3.5	〇〇会社			
	住所	稲沢市稲府町1番地							
	氏名	「世帯外扶養義務者」欄には、「受給者の属する世帯構成」欄に記載した方以外で現に養育医療を受けるお子さまに対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合に記載してください。なお、「扶養義務者」とは、次の方をいいます。 ・直系血族（父母、祖父母、養父母等）及び兄弟姉妹（民法第877条第1項） ・叔父や叔母等、家庭裁判所が扶養義務を負わせた三親等内の親族（同条第2項）							
	住所								

(※)の欄は、記入の必要はありません。