

養育医療給付申請書

受付

受付印

福山市長様

次のとおり、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）第9条第1項の規定により、養育医療の給付を申請します。
 なお、費用負担区分の認定のため、私又は私の属する世帯の世帯員の課税額等を調査・確認されることに同意します。
 また、個人番号を利用して、私又は私の属する世帯の世帯員の地方税関係情報を取得されることに係る同意については、様式第1号一別添のとおりです。

年 月 日

郵便番号 〒 -

申請者 住所

(扶養義務者) 名前

本人との続柄

《本人確認書類》
運転免許証 マイナンバーカード パスポート 顔写真付きの本人確認書類
 ※顔写真のないものは2点以上で確認 その他 () ()

本人	フリガナ 名前	男・女	生年月日	年 月 日
	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現在地	市・郡	町・村	丁目・番地 番号

(入院中の場合) 希望する指定養育医療機関と同じ 病院・診療所・医療センター

扶養義務者	フリガナ 名前	本人との続柄
	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

加入保険	被保険者氏名	保険者名称	
	※職員記入欄	保険者番号	記号

マイナポータルの画面で健康保険の情報を目視確認 (確認者:)

希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	名称	病院・診療所・医療センター
	所在地	市・郡 町・村 丁目・番地 番号

連絡先

世帯調書	市町村民税	均等割 (有・無)	所得割 (有・無)
	市町村民税所得割の合計額		円
	階層区分	徴収月額	円

(太枠内を記入してください。)

本人の属する世帯構成	世帯構成員名及び個人番号	本人との続柄	生年月日	階層区分	市町村民税課税状況		備考
					市町村民税所得割の額	円	
本人の属する世帯構成		年 月 日		均等割 (有・無) 所得割 (有・無)	円	
		年 月 日		均等割 (有・無) 所得割 (有・無)	円	
		年 月 日		均等割 (有・無) 所得割 (有・無)	円	
		年 月 日		均等割 (有・無) 所得割 (有・無)	円	
世帯外扶養義務者住所	名前		年 月 日		均等割 (有・無) 所得割 (有・無)	円	
個人番号					円	