別記第１号様式（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請書  年　　　月　　　日  中間市長　様  申請者　　　郵便番号  　　　　　　住　　　　所  　　　　　　氏　　　　名  　　　　　　本人との続柄  　　　　　　電話番号  　中間市未熟児養育医療給付実施要綱第３条の規定により次のとおり養育医療の給付を申請します。  　なお、負担金の決定のために必要があるときは、世帯の市町村民税等の状況について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育医療の給付が決定されたときは、医療券を指定医療機関に提出することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本　人 | ふりがな  氏　名 | | | |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住　所 | | | |  | | | | | | | | | 個人  番号 | | |  | |
| 現在地 | | | | 病　院  診療所 | | | | | | | | | | | | | |
| 扶　養  義務者 | | 氏　名 | | |  | | | | 本人との  続　　柄 | |  | 電話番号 | | | |  | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | | | | 個人  番号 | | |  |
| 被保険者証等の記号・番号 | | 記号 |  | | | 番号 |  | | | 保険者等の  名　　称 | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 備　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　帯　調　書 | | | | ※認　定  （市記入欄） | 階層区分 | |  | |
| 徴収月額 | | 円 | |
| 未熟児等の属する世帯の構成 | 氏　　名 | 本人との  続　　柄 | 性別 | 生年月日 | 市記入欄 | | | |
| 個人番号 | 階層区分 | 所得割の額 | | 備考 |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |
| 世帯外の扶養義務者の  住所：  氏名：　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　性別　　　　個人番号： | | | | | | | | |