別記第１号様式（第３条関係）

|  |
| --- |
| 養育医療給付申請書***令和×***年***××***月***××***日中間市長　様申請者　　　郵便番号　***809-8501***　　　　　　住　　　　所　***中間市中間一丁目１番１号***　　　　　　氏　　　　名　***中間　太郎***　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　***父***　　　　　　電話番号　***093-244-1111***　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 | ***中間　二郎*** | 男・女 | 生年月日 | ***令和×***年***××***月***××***日 |
| 住　所 | ***中間市中間一丁目１番１号*** | 個人番号 |  |
| 現在地 | ***（※入院している場合は、病院の住所及び病院名）***　　　　　　　　病　院***××市×××丁目××番××号　　　○○○○○○***　　　　　診療所 |
| 扶　養義務者 | 氏　名 | ***中間　太郎*** | 続柄 | ***父*** | 電話番号 | ***093-244-1111*** |
| 住　所 | ***中間市中間一丁目１番１号*** | 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**個人番号は、中間市が市町村民税課税情報を把握していない場合（１月１日に中間市に住所がない場合）で、かつ、前住所地等の市町村民税課税（非課税）証明書をお持ちにならず、個人番号での照会を希望される場合に記載してください。**機関の名称及び所在地 | 名　称 | 病　院***○○○○○○***　　　　　　　診療所 |
| 所在地 | ***××市×××丁目××番××号*** |
| 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 | 所得税額 | 備考 |
| ***中間　太郎*** | ***父*** | ***男*** | ***平成×年×月×日*** |  |  |  |
| ***××××　××××　××××*** |
| ***中間　花子*** | ***母*** | ***女*** | ***平成×年×月×日*** |  |  |  |
| ***××××　××××　××××*** |
| ***中間　幸子*** | ***姉*** | ***女*** | ***平成×年×月×日*** |  |  |  |
|  |
| ***中間　一郎*** | ***兄*** | ***男*** | ***令和×年×月×日*** |  |  |  |
|  |
| ***中間　二郎*** | ***本人*** | ***男*** | ***令和×年××月××日*** |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 世帯外の扶養義務者の　***（単身赴任等世帯外に扶養義務者がいる場合に記入）***住所：***××市×××丁目××番××号***氏名：　***×××　××***　　　　　生年月日　***平成×年×月×日***　性別　***男***　個人番号： ***××××　××××　××××*** |