

# 養育医療給付申請書

倉敷市長あて

申請者(扶養義務者)

住所 〒 倉敷市

ふりがな  
氏名 (本人との続柄: )

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 ① ( ) ー (続柄: )  
② ( ) ー (続柄: )

次のとおり、母子保健法施行規則(昭和40年厚生省令第55条)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。また申請受付後、自己負担額の決定にあたって、私又は私の属する世帯員及び生計を同じくする者の市町村民税課税状況を課税資料等で確認され、生活保護の受給状況について調査されること及び指定養育医療機関に対し、給付決定の情報を提供することに同意します。

なお、このことについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。

本人(子ども)	ふりがな					男・女	生年月日	令和 年 月 日	単胎・多胎(胎)
	氏名								
	住所	□申請者に同じ 〒 倉敷市							
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒				個人番号 <small>※分からない場合は不要</small>			
療加保入険医	被保険者の記号番号	(記号)	(番号)	(枝番)	保険者の名称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地									

私は、倉敷市が母子保健法第21条の4第1項に基づく対象となる児に係る事務手続きを処理するために限り、個人番号を利用して該当年度の他自治体の地方税関係情報を取得されることに同意します。

世帯調査(太枠内を記入してください)				
	世帯構成員氏名及び個人番号	続柄	生年月日	1月1日時点の住所(1~6月申請時は前年)
本人の属する世帯構成			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村
扶養世帯義務外者			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	□現住所と同じ □別住所 都道府県 市町村

↓↓↓保健所記入欄↓↓↓

書類確認	番号確認書類	来所者	来所者確認	
<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 医療意見書 <input type="checkbox"/> 資格情報がわかるもの (被保険者または本人) <input type="checkbox"/> 申出書 <input type="checkbox"/> 委任状 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> (                    )	(1点必要) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	(2点必要) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 生保受給者証 <input type="checkbox"/> 課税証明書 <input type="checkbox"/> 通知カード
<b>【転院がある場合】</b> <input type="checkbox"/> 転院理由書				

階層区分		
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C~D8	<input type="checkbox"/> D9 <input type="checkbox"/> D13 <input type="checkbox"/> D10 <input type="checkbox"/> D14 <input type="checkbox"/> D11 <input type="checkbox"/> D15 <input type="checkbox"/> D12	⇒ 食事代負担 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無