

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 〒〇〇〇-〇〇〇〇
倉敷市 笹沖170番地ふりがな くらしき たろう
氏名 倉敷 太郎 (本人との続柄: 父)

生年月日 T・S (H)・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日

電話番号 ① (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (続柄: 母)
② (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (続柄: 父)

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	くらしき はなこ			男 女	生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	単胎 多胎(胎)
	氏名	倉敷 花子						
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 倉敷市			申請者と住民票の住所が同じ場合は、記入不要です。		生後まもなく個人番号が分からない場合は、記入不要	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 -			個人番号 ※分からない場合は不要			
療加保入 険医	被保険者の 記号番号	(記号) 12345	(番号) 67	(枝番) 3	保険者の名称	全国健康保険協会〇〇支部		
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処理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	倉敷 太郎	父	T・S (H)・R 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村
	X X X X X X X X X X X X			
	倉敷 藤子	母	T・S (H)・R 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村
	X X X X X X X X X X X X			
	倉敷 一郎	兄	T・S・H (R)・R 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村
X X X X X X X X X X X X				
			T・S・H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村
			T・S・H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 別住所 都道府県 市町村