

養育医療給付申請書

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

申請者住所 郵便番号

申請者氏名（自署又は記名押印）

本人との続柄

電話番号

年 月 日

川西市長 あて

本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	個人番号				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との 続柄		
	個人番号				
	居 住 地	郵便番号		<input type="checkbox"/> 本人住所地に同じ	
	電話番号				
被保険者証等の 記号及び番号					
保険者等の名称					
指定養育医療機関	名称				
	住所（〒 — ）				

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

受付印

確認（個・免・バ・保・年・その他）

申請者の氏名		未熟児の氏名				
未熟児の属する世帯構成	氏名・個人番号	未熟児との続柄	性別	生年月日	職業	備考
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
世帯外扶養義務者			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				
			男・女			
		現住所 □申請者に同じ				

- 注 1 世帯外扶養義務者備考欄には、世帯外扶養義務者の住所を記入してください。
- 2 この調書には、生活保護法による保護を受けている場合にはその証明書、その他の場合には、市長が指定する所得税額を証する証明書等を添付してください。

〔所得に関する調査等の承諾〕

今回の養育医療の申請にあたり、上記世帯調書に記載する者に関する、所得税又は市町村民税の課税状況、養育医療機関における診療の状況等について、市が調査（確認）することを承諾します。

年 月 日

申請者： _____

確認（個・免・バ・保・年・その他）