

| | | | | | | |
|--|------|------------------------|---------------------------------------|----|------------|-----|
| 養育医療給付申請書 | | | | | | |
| 本人 | ふりがな | しろい かおり | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年 | 令和4年5月30日生 | |
| | 氏名 | 白井 かおり | | 月日 | | |
| | 住所 | 白井市復1123 | | | | |
| | 現在地 | ※入院している病院の住所を記入してください。 | | | | |
| | 個人番号 | 1234 5678 9012 | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | しろい さちお | 本人との続柄 | 父 | 職業 | 会社員 |
| | 氏名 | 白井 幸男 | | | | |
| | 住所 | 白井市復1123 | | | | |
| | 個人番号 | 2345 6789 0123 | | | | |
| 医療保険資格情報の記号及び番号 | | 〇〇 △△△△△ | 保険者等の名称 | | 〇〇健康保険組合 | |
| 指定養育医療機関の名称及び所在地 | | 〇〇〇病院 △△市△△番地 | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| <p>養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>なお、当該申請に係る審査のため、私の世帯の状況及び課税状況等について照会することに同意します。</p> <p>また、養育医療の申請に関する情報や保健指導の情報が保健医療の連携にかかる情報として、医療機関・県・市間で共有されることに同意します。</p> <p>令和 〇 年〇〇月〇〇日</p> <p>申請者 住所 白井市復1123</p> <p>氏名 白井 幸男</p> <p>電話番号 047-497-3487</p> <p>本人との続柄 父</p> <p>(宛先) 白井市長</p> | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | |

記入例

世帯調書

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|----|---------------|----------------|--------|----|--|
| 申請者 氏 名 | | 白井 幸男 | | | 本 人 氏 名 | 白井 かおり | | |
| 児 童 の 属 す る 世 帯 構 成 | 世帯構成員 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業（勤務先） | 市民税額 | 備考 | |
| | (氏 名) (個人番号) | 子ども本人を中心に記入し、同一世帯全員分を記入してください。 | | | | | | |
| | 白井 幸男 2345 5678 9012 | 父 | 男 | H 3 . 1 . 2 3 | 会社員 (株)〇〇商事 | | | |
| | 白井 豊子 3456 7890 1234 | 母 | 女 | H 5 . 7 . 2 3 | パート社員 〇〇ストア | | | |
| | 白井 新一 4567 8901 2345 | 兄 | 男 | H 3 0 . 9 . 1 | 保育園 | | | |
| | 白井 かおり 1234 5678 9012 | 本人 | 女 | R 4 . 5 . 3 0 | | | | |
| | | | | | | | | |
| 世 帯 外 扶 養 義 務 者 | (氏名・住所 及び個人番 号) | | | | | | | |
| | 世帯外で扶養義務者がいる場合は、記入してください。 例：父が単身赴任で同居していない場合など。 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |