

# 養育（未熟児）医療給付申請書

呉市保健所長 殿

年 月 日

申請者

住所

氏名

本人との続柄

次のとおり養育医療の給付を申請します。私の世帯の状況は「世帯調書」のとおりです。  
 自己負担額の決定に際して、世帯の課税状況等について関係機関に調査照会し、調査の結果を基に、所得区分の認定を受けることに同意します。なお、必要な場合は、個人番号により地方税関係情報を確認することに同意します。これらについて、世帯員の同意を得ています。  
 また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。

本人	氏名	男・女	生年月日 年 月 日
	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 呉市	個人番号	
	現在地（現在、住所以外（病院等）にいる場合ご記入ください）		
扶養 義務者	氏名	続柄	個人番号
	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話番号（昼間に連絡がとれるところ） （自宅・携帯） （勤務先）	
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地	名称		
	所在地 〒		
備考			

※太枠内をご記入ください。単身赴任等で扶養義務者が世帯外にいる場合は、下欄にご記入ください。

世帯調書			認定	階層区分 徴収月額 円		
世帯 本人成 の属 する （本人 含む）	世帯構成員氏名及び個人番号	続柄	旧住所※	生年月日	市町村民税額	備考
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
			都・道・府・県 市・区・町・村	T・S・H・R 年 月 日		
世帯外 扶養 義務者	住所		都・道・府・県	T・S・H・R		
	氏名		市・区・町・村	年 月 日		
	住所		都・道・府・県	T・S・H・R		
	氏名		市・区・町・村	年 月 日		

※1月1日時点（1～6月申請は前年、7～12月申請は本年）の住所地が呉市以外の場合に記入