

(表)

養育医療給付申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

申請者 住 所

電話番号

氏 名

個人番号

(受療者との続柄)

次のとおり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項の規定により申請します。

| | | | | | | | | |
|---------------------|-------|----------------|---|-----------------------|-----|-------|-----|--|
| 受 療 者 | ふりがな | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 性 別 | 男 ・ 女 | | |
| 保 険 者 番 号 | | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | |
| 指 定 医 療 機 関 | 所 在 地 | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | |
| 処方せん交付を希望する場合の指定薬局名 | | | | | | | | |
| 診 療 予 定 年 月 日 | | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | |
| (添付書類) | | 1 医療意見書 (様式第4) | | 2 税額等による階層区分を証明する関係書類 | | | | |

注意事項等

- (1) 裏面の世帯調書にも記入すること。
- (2) 申請の際、健康保険証を提示すること。

(裏)
世 帯 調 査 書

| | 世帯構成 （個人番号） | 帯名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業（勤務先） | 階 区 | 層 分 | 年間市町村民 税所得割額 | 備考 |
|---|----------------|----|----|----|------|---------|--------|--------|-----------------|----|
| 児童の属する世帯構成 | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| 世帯外扶養義務者 | () | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| | () | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| <p>上記内容に相違ありません。 また、この申請に当たり、世帯員の課税状況を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p>豊橋市保健所長 様</p> | | | | | | | | | | |

記入上の注意

- 1 本人（給付を受ける児童）と生計を一にする世帯全員を記入してください。
- 2 続柄の欄には、本人（給付を受ける児童）との関係を記入してください。
- 3 世帯外扶養義務者の欄には、住所を異にする扶養義務者を記入してください。