

## 記入例

(表)  
養育医療給付申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

保護者名  
(原則、被保険者)

住所 豊橋市中野町字中原100

電話番号 0532-39-9160

氏名 豊橋太郎

個人番号 1234 5678 9012

(受療者との続柄 父 )

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	とよはし じろう							
	氏名	豊橋 次郎							
	個人番号	1234 5678 9014 (個人番号の発行が間に合わない場合は未記入で構いません)							
	住所	豊橋市中野町字中原100							
	生年月日	令和4年1月1日生	性別	男・女					
保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	健康保険証の下記部分に印字されている ←番号を記入してください ※記号・番号と間違えないように!
指定 医療機関	所在地	(意見書に記載されている医療機関の所在地を記入)							
	名称	(意見書に記載されている医療機関名を記入)							
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 所得階層区分を証明する関係書類				

## 注意事項等

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

氏名の下にそれぞれの  
個人番号を記入

(裏)

世帯調査書

世帯構成 (個人番号)	世帯員 氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	階層 区分	年間 所得税額	備考
	豊橋 太郎 (1234 5678 9012)	父	男	S58.3.5	会社員 (〇〇〇会社)			
	豊橋 花子 (1234 5678 9013)	母	女	S60.7.2	無職			
児童の 属する 世帯 構成	豊橋 次郎 (1234 5678 9014)	本人	男	H28.1.1				
	( )							
	( )							
	( )							
	( )							
	( )							
世帯外 扶養 義務者	( )							
	住所							
	( )							
	住所							

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。

年 月 日

申請者 氏名 豊橋 太郎

豊橋市保健所長 様

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。