

様式第3

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 所得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。

世 帯 調 書

	世帯構成員 (個人番号)	帯名	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
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。