

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
	居住地	郵便番号		個人番号
	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号		
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄	
	居住地	郵便番号		
	電話番号		個人番号	
医療保険各法による 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				
備考	出生届 年 月 日 済			
<p>審査に必要な私及び私の世帯員の課税状況等を閲覧することに同意し、 別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 (自署又は記名押印)</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大仙市長 様</p>				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

世帯調書

申請者住所							
申請者氏名							
新生児氏名							
新生児の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	生年月日	個人番号	職業 (勤務先)	所得割額	備考
世帯外扶養義務者	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

世帯階層区分	A 被保護世帯	徴収基準月額または 加算基準月額
	B 市民税非課税世帯	
	C 市民税均等割の額のみ課税世帯	円
	D 市民税所得割の額の計 () 円	() 階層)

同意書

私が適用を申請した未熟児養育医療の給付（次の有効期間内の入院中の治療費に限る。）に係る自己負担金について、福祉医療費を充てることに同意します。

※この枠内には記入しないでください

養育医療券の有効期間

年 月 日から 年 月 日

【福祉医療制度】

大仙市福祉医療費支給要綱

年 月 日

対 象 者
(対象乳児の保護者)

住 所

氏 名

(自署または記名捺印)

本人との続柄

対 象 乳 児

住 所

氏 名

生 年 月 日

大仙市長 様