

記入例

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名	おばま ベビー 小浜 ベビー (決まっていない場合ベビー)	男 女	生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	福井県小浜市（住民票のご住所）			
	現在地 (住所地と異なる場合)	(入院中の医療機関の住所をご記入ください)			
扶養義務者	ふりがな 氏名	扶養義務者名（通常は保護者名）	本人と の続柄	職業	
	居住地	福井県小浜市			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号番号		添付いただく健康保険証の内容 をご記入ください		被保険者等 の名称	例：〇〇協会△△支部、 □□組合 など
希望する指定医療機関 の名称および所在地		意見書発行の医療機関			
備考					
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。					
年 月 日 小浜市長 様		申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 申請者生年月日		年 月 日生	
申請受付年月日	年 月 日				
決定年月日	年 月 日				
保険者証確認欄					

12ケタの個人番号(マイナンバー)を記入してください。

添付いただく健康保険証の内容をご記入ください

例：〇〇協会△△支部、
□□組合 など

意見書発行の医療機関

シャチハタやインクの印は
使用できません。

記載上の注意

- ・届出者本人が自署する場合には、押印は不要です。
- ・「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。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

記入例

世帯調書

申請者氏名		申請書の「申請者」の方のお名前をご記入ください。				本人氏名		医療を受ける方のお名前をご記入ください。	
児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業 (勤務先)	※ 階層 区分	所得割額	備考
	<p>「続柄」は、本人(医療を受けるお子様)から見た続柄をご記入ください。</p>		<p>○世帯構成員および世帯外扶養義務者を記入してください。(世帯外扶養義務者は該当者がいる場合。)</p> <p>○記入した人全員の個人番号を記入し、全員分の通知カードまたは個人番号カードのコピーを提出してください。</p> <p>○所得の有る無しに関わらず、すべての扶養義務者をご記入ください。</p>						
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								

※欄は記入しないこと。