

記入例

医療の対象となる乳児

新規に○をつけてください。

養育医療給付申請書

1 新規 2 継続

本人	ふりがな 氏名	(姓) いなぎ 稲城	(名) じろう 二郎	性別	男・女
	生年月日	令和〇〇年 〇月 〇日	*満1歳未満の方が対象 父母のうち所得が高い方(主生計者)が申請者です		
申請者	ふりがな 氏名	(姓) いなぎ 稲城	(名) たろう 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇〇日	電話番号	042(378)2111	
者	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他()			
	住所 マンション等	〒206-0802 稲城市 東長沼〇〇〇〇 番地 コーポ稲城 202			
保険証	種類	協会健保・船員・日雇・組合・共済・国保/生保 (該当するものに○を付けてください。)			
	記号	222	保険者番号	5 5 6 6 7 7 8 8	
	番号	444	保険者名	〇〇健康保険組合	

乳児の加入する健康保険

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。
 なお、養育医療の給付要件を満たすための、所得調査及び住民票調査・「養育医療意見書」の内容を指定養育医療機関へ確認することについて同意します。
 また、乳幼児医療費助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から乳幼児医療費助成の助成額を差し引くため、乳幼児医療費助成制度に係わる所定の申請権限を稲城市福祉部子育て支援課長に委任します。

提出日を記入してください。

令和 〇〇年 〇月 〇日

稲城市長 殿

必ず自署又は記名押印してください。

(自署又は記名押印)

申請者氏名 **稲城太郎**

- (注) 1 太枠内のみ記入してください。字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
 2 保険証の記号、番号、保険者番号等については、必ず保険証を見て正確に記入してください。
 3 (1)養育医療申請書、(2)養育医療意見書、(3)養育医療世帯調書、(4)所得税額を証明する書類の順にとじてください。

認定	非認定	階層区分	徴収金基準額	公簿確認		受付印
				住民票	課税台帳	
台帳入力						