

## 養育医療給付申請書

申請者 (保護者)	ふりがな										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	個人番号						
	本人との続柄	父 母 その他 ( )									
	電話番号	自宅	( )	—	昼間連絡がとれる番号	—	—				
	住所										
本人 (児)	ふりがな									男	女
	氏名										
	生年月日	年	月	日	個人番号						
	住所										
医療 保険	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (該当するものに○をつけてください。)									
	記号	番号	保険者名 (保険証発行機関名)							市・町・村(国保) 支部 共済組合 健康保険組合	
	希望する指定医療機関名										
<p>太良町長 様</p> <p>別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>なお、決定に当たって課税資料、世帯状況等を閲覧することについて同意します。</p> <p>また、未熟児養育医療の給付に伴う子どもの医療費の請求並びに受領に関する一切の権限を太良町長に委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 (保護者)</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 _____</p>											

受付年月日	年 月 日
-------	-------

**【関係書類】**

- (1) 養育医療意見書 (様式第2号)
- (2) 世帯調書 (様式第3号)
- (3) 世帯構成員に係る所得課税証明書等
- (4) 子どもの医療費受給資格証
- (5) 養育負担金に係る申出書 (様式第4号)

**【その他申請時に必要なもの】**

- ・世帯構成員の個人番号 (マイナンバー) カード
- ・医療保険各法の記号及び番号が分かるもの (医療保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」のいずれか)
- ・生活保護受給世帯であることの証明書 (該当者のみ)
- ・入院時食事療養費の標準負担額の減額認定者にあつては、標準負担額減額認定証

※ お預かりした個人情報 は厳重に管理し、養育医療給付事務のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※ ただし、給付認定結果については、医療機関に通知させていただきます。