

## 養育医療給付申請書

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

申請者 住所  
氏名  
本人との続柄  
電話番号

|                                                  |                    |  |        |      |       |
|--------------------------------------------------|--------------------|--|--------|------|-------|
| 本人                                               | ふりがな               |  | 男・女    | 生年月日 | 年 月 日 |
|                                                  | 氏 名                |  |        |      |       |
|                                                  | 住 所<br>（住民票の住所）    |  |        |      |       |
|                                                  | 現住所<br>（住民票と異なる場合） |  |        |      |       |
| 扶養義務者                                            | ふりがな               |  | 本人との続柄 | 職業   |       |
|                                                  | 氏 名                |  |        |      |       |
|                                                  | 住 所<br>（住民票の住所）    |  |        |      |       |
|                                                  | 現住所<br>（住民票と異なる場合） |  |        |      |       |
| 医療保険各法の記号番号                                      |                    |  | 保険者名   |      |       |
| 希望指定養育医療機関                                       | 名 称                |  |        |      |       |
|                                                  | 所在地                |  |        |      |       |
| 添付書類<br>養育医療意見書、世帯調書、資格確認書の写し等医療保険各法の記号等が確認できるもの |                    |  |        |      |       |

なお、自己負担額を決定するにあたり、世帯の所得状況及び所得税・市町村民税の課税状況について、関係部署へ確認することを承諾します。

申請者氏名： \_\_\_\_\_

（通常は市役所内で所得状況・課税状況の確認がとれますが、市役所内で確認がとれない場合、所得状況・課税状況についての証明書を追加提出いただくこともあります。）