

養育（未熟児）医療給付申請書

呉市保健所長 殿

年 月 日

申請者 住所
氏名
本人との続柄

次のとおり養育医療の給付を申請します。
私の世帯の状況は「世帯調書」のとおりです。
なお、所得区分の認定に当たり、世帯の課税状況及び収入額等について関係機関に調査照会し、調査の結果を基に、所得区分の認定を受けることに同意します。

本人	氏名	男・女	生年月日 年 月 日
	住所 〒737- 呉市	個人番号	
	現在地（現在、住所以外（病院等）にいる場合ご記入ください）		
扶養 義務者	氏名	続柄	個人番号
	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ		電話番号（昼間に連絡がとれるところ） （自宅・携帯） （勤務先）
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地	名称		
	所在地 〒		
備考			

※太枠内をご記入ください。単身赴任等で扶養義務者が世帯外にいる場合は、下欄にご記入ください。

世帯調書		認定		階層区分		
				徴収月額 円		
	世帯構成員名 及び個人番号	性別	続柄	生年月日	所得税額	備考
本人世帯 の 属 構 成 す る						
住所 氏名	世帯外扶養義務者					