

養育医療給付申請書

		●年 ●月 ●日		
(宛先)茅ヶ崎市長		保護者の方の情報		
申請者		住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎●-●-●	
		氏名	茅ヶ崎 たろう	
		電話番号	●●●(●●●●)●●●●	
		対象児との続柄	父	
次のとおり養育医療給付を受ける。		転院による申請の場合は 継続にチェック		
申請の区分		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		
		お子さんが加入中または加入予定の健康保険情報(下記参照)		
対象児	被保険者等 記号・番号	08 - 777	保険者番号	140087(6桁か8桁)
			保険者名	茅ヶ崎市
	ふりがな	ちがさき まろ	個人番号	
	氏名	茅ヶ崎 麻呂		▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
	生年月日	令和●年 ●月 ●日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
		出生時の体重	1.999g	
	住所	(郵便番号 253-0000) 茅ヶ崎市茅ヶ崎●-●-●		
扶養義務者	ふりがな	ちがさき たろう	個人番号	
	氏名	茅ヶ崎 たろう		▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
	ふりがな	ちがさき はなこ	個人番号(マイナンバー)は分からなければ空欄で問題ありません。	
	氏名	茅ヶ崎 はなこ	個人番号	
		同居のご家族の方(両親・祖父母等)の情報 ※単身赴任等にて別居の場合の保護者も記入が必要になります。		
	ふりがな		個人番号	
	氏名		お子さんが入院している医療機関の情報	
指定養育医療機関	名称	●●●病院		
	所在地	(郵便番号 253-●●●●)	電話番号	●●●(●●●●)●●●●
		神奈川県茅ヶ崎市●●●番地		

【健康保険情報の記入について】
 お子さんが加入中または加入予定の健康保険情報についてご記入ください。
 健康保険情報がわかるもの(資格確認書、健康保険証、マイナポータル画面)を確認の上、
 ご記入ください。

備考 次に掲げる書類を添付してください。ただし、(3)から(6)までに掲げる書類については、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略することができます。

- (1) 指定養育医療機関の医師が作成した養育医療意見書(第2号様式)
- (2) 世帯調書(第3号様式)
- (3) 生活保護法の規定による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による支援給付を受けている者にあつては、福祉事務所長又は市長がその旨を証明する書類
- (4) 地方税法の規定により市町村民税を課されていない者((3)に掲げる者を除く。)にあつては、市町村長が養育医療の給付申請の日の属する年度(養育医療の給付申請が4月1日から6月30日までの間に行われる場合にあつては、前年度。以下同じ。)の市町村民税が非課税又は免除とされている旨を証明する書類
- (5) 所得税法の規定により所得税を課されていない者又は災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律の規定により所得税が免除されている者((3)及び(4)に掲げる者を除く。)にあつては、税務署長又は特別徴収義務者が養育医療の給付申請の日の属する年の前年(養育医療の給付の申請が1月1日から6月30日までの間に行われる場合にあつては、前々年)の所得税が非課税又は免除とされている旨を証明する書類並びに市町村長が給付申請の日の属する年度の市町村民税の均等割の額及び所得割の額を証明する書類
- (6) 所得税法の規定により所得税を課されている者にあつては、税務署長又は特別徴収義務者が申請の日の属する年の前年の所得税額を証明する書類