

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			
電話番号	(自宅)	—	—	
	(昼間連絡がとれる番号)	—	—	
住所	〒			
本人 (子)	ふりがな			
	氏名			男
	生年月日	年	月	日
	個人番号			
住所	佐賀県小城市			
保険情報	記号	番号		
			保険者名 (加入医療保険機関)	
生活保護の状況 (該当するものに○をつけてください)		受給している ・ 受給していない		
希望する指定医療機関名				
<p>小 城 市 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。 なお、決定に当たって課税資料、世帯状況等を開覧することについて同意します。 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 権限を小城市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(※)本人が手続きしない場合は、記入押印ください</p> <p style="text-align: right;">本人との 続柄 _____</p>				

※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) 子どもの医療費受給資格証
- (4) 養育負担金に係る申出書 (様式第6号)
- (5) 同意書 (様式第4号) 又は世帯構成員の所得課税証明書等

※小城市で確認できない方

※その他申請時に必要なもの (例)

- ・ 個人番号がわかるもの
 - ・ 加入している医療保険情報がわかるもの (資格確認書等)
 - ・ 生活保護受給世帯であることの証明書
 - ・ 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。

受付印