

（宛先）高松市長

申請者（保護者）住 所
氏 名 ⑩
電 話
未熟児との続柄

養 育 医 療 給 付 申 請 書

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。なお、未熟児養育医療費国庫負担金に係る費用の徴収基準額の算定に当たり、私及び世帯員の所得情報を確認されることを承諾します。また、生活保護の受給の有無及び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等による支援給付の受給の有無について確認されることを承諾します。

未熟児	ふりがな		男・女	年 月 日生
	氏 名			
	住 所 地 (住民票所在地)	〒		
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒		
	個人番号			
扶 養 義務者	ふりがな		未熟児 との 続 柄	
	氏 名			
	居 住 地	〒		
	個人番号			
被 保 険 者 証 等 の 記 号 ・ 番 号	(記号)		保険者の番号 及び名称	(番号)
	(番号)			(名称)
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可)				
備 考				

- 注1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
 注2 「所在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
 注3 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

来所日を御記入ください

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者（保護者）住所 **高松市桜町一丁目9番12号**
 氏名 **高松 太郎** 印
 電話 **087-839-2363**
 未熟児との続柄 **父**

原則、対象児（=未熟児本人）が加入している保険（若しくは加入予定の保険）の被保険者を御記入下さい

養育医療給付申請書

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。なお、未熟児養育医療費国庫負担金に係る費用の徴収基準額の算定に当たり、私及び世帯員の所得情報を確認されることを承諾します。また、生活保護の受給の有無及び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等による支援給付の受給の有無について確認されることを承諾します。

未熟児	ふりがな	たかまつ はなこ	男・♀	令和元年 6月 1日生
	氏名	高松 花子		
	住所地 (住民票所在地)	〒 760-0074 高松市桜町一丁目9番12号		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 対象児が入院している病院の郵便番号及び住所を記入		
	個人番号	対象児の通知カードが届いていない場合は空白		
扶養義務者	ふりがな	たかまつ たろう	未熟児との続柄	父
	氏名	高松 太郎		
	居住地	〒 760-0074 高松市桜町一丁目9番12号 申請者 = 被保険者の場合、申請者を記入		
	個人番号	扶養義務者の個人番号(12桁)を御記入下さい		
被保険者証等の記号番号	(記号)	対象児が加入している(若しくは加入予定の)保険の被保険者の記号・番号を御記入下さい		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可)	入院している病院名を記入			
備考				

注1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
 注2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
 注3 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。