様式第１号（第４条関係）

（表）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

年　　月　　日

（宛先）西尾市長

〒

申請者　住　　所

フリガナ

氏　　名

\*本人が署名しない場合は記名押印してください。

電話番号

（受給者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　次のとおり養育医療の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住 所 地（住民票所在地） | 〒 |
| 現 在 地（住民票と異なる場合） | 〒 |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日生 | 性　別 | 男　・　女 |
| 被保険者証等の記号及び番号 |  |
| 被保険者等の名称 |  |
| 指　　定医療機関 | 所 在 地（受給者現在地と同じ場合は省略可能） |  |
| 名　　称 |  |
| 診療予定年月日 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |

１　添付書類

1. 養育医療意見書（様式第３号）

　⑵　所得階層区分を証明する関係書類

２　記入上の注意

　⑴　被保険者証を持参してください。

　⑵　裏面の世帯調書も記入してください。

　 ⑶　申請者の押印は、氏名を自書する場合にあっては、省略することができます。

　 ⑷　「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

　 ⑸　「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等へ入院しているときは、その住所を記入してください。

　 ⑹　申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等をしている場合は、帰省先等も併せて記入してください。

（裏）

世　　帯　　調　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の属する世帯構成 | 世帯構成員名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | 職　業（勤務先） | 階層区分 | 市町村民税所得割額 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯外扶養義務者 | 氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 　上記内容に相違ありません。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*本人が署名しない場合は記名押印してください。　（宛先）西尾市長 |

記入上の注意

　１　本人（給付を受ける児童）と生計を一にする世帯全員を記入してください。

　２　続柄の欄には、本人（給付を受ける児童）との関係を記入してください。

　３　世帯外扶養義務者の欄には、住所を異にする扶養義務者を記入してください。