

## 未熟児養育医療給付申請書

令和 年 月 日

(あて先)府中市長

(申請者) 住所 府中市

氏名

児童本人との続柄( )

連絡先 TEL - -

次のとおり、母子保健法施行規則(昭和40年厚生省令第55条)第9条第1項の規定により、養育医療の給付を申請します。また申請受付後、自己負担額の決定にあたって、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の市町村民税課税状況を課税資料等で確認され、生活保護の受給状況について調査されることについて同意します。また、自己負担額の決定に際して、府中市長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認することに同意します。

なお、このことについて、私の配偶者、私の属する世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。

また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。

児童本人	フリガナ 氏名				生年月日	令和 年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 府中市					
加入医療 保険情報	被保険者 フリガナ 氏名				未熟児本人との続柄		
	被保険者証等の記号及び番号	記号	番号			保険者等の名称	
指定療育医療機関の 名称及び所在地	名称	医療センター・病院・診療所					
	所在地						

世帯調書(太枠内を記入してください)					市町村民税所得割額の合計額	円
					階層区分	徴収月額 円
児童本人の属する世帯構成(本人含む)	世帯構成員氏名及び個人番号	児童本人との続柄	生年月日	旧住所※	市町村民税課税状況	備考
	<input type="checkbox"/> 児童本人と同上	児童本人	<input type="checkbox"/> 児童本人と同上		市町村民税所得割の額	
			年 月 日		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
			T・S・H・R		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
			年 月 日		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
			T・S・H・R		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
			年 月 日		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
			T・S・H・R		均等割(有・無) 所得割(有・無)	円
世帯外 義務扶養	住所		T・S・H・R		均等割(有・無) 所得割(有・無)	
	氏名		年 月 日			円

※1月1日時点(1~6月申請は前年、7~12月申請は本年)の住所地が府中市以外の場合に記載(市町村単位)