様式第２（第３条関係）

（表）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

年　　月　　日

　犬 山 市 長

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　　　（受療者との続柄　　　　）

　次のとおり、養育医療の給付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受療者 | ふりがな |  | 個人番号 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　 |  |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 処方せん交付を希望する場合の指定薬局名 |  |
| 診療予定年月日 | 年　月　日から　年　月　日まで |
| （添付書類）　　　１　養育医療意見書　　　　２　その他市長が必要と認める書類 |

注）本申請書を提出する際、健康保険証を持参すること。

注）裏面の世帯調書も記載すること。

（裏）

世　　　　帯　　　　調　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者の属する世帯構成 | 世帯構成員名 | 続柄 | 生年月日 | 階層区分 | 年 間所得税額 | 備考 |
| 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| 世帯外扶養義務者 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 住所 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| 住所 |  |
| 上記内容に相違ありません。なお、この申請の審査を行うために、犬山市が母子保健法第21条の４第１項に基づく事務手続きを処理するために限って地方税関係情報（必要に応じ世帯構成員分を含む。）及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。年　　　　月　　　　日申請者及び　氏名世帯構成員及び世帯外　氏名扶養義務者犬　山　市　長 |