

様式第1 (第3条関係)

(表)

養育医療給付申請書

江南市長

年 月 日

申請者 住 所
電話番号
ふりがな
氏 名

(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 氏 名			
	住 所 地 (住民票所在地)			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)			
	生年月日		性別	男・女
加入医療保険	記号・番号			
	保険者等の名称			
	保険者番号			
指定医療機関	所 在 地 (受療者現在地と同じ 場合は省略可能)			
	名 称			
診 療 予 定 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		
添付書類	1 養育医療意見書 2 未熟児の扶養義務者当該年度分の市町村民税額を証する書類			

備考

- 1 被保険者証を持参してください。
- 2 裏面も記入してください。
- 3 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 4 「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場合は、その住所を記入してください。
- 5 申請者の住所は、申請者の住民票上の住所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。
- 6 添付書類の2は、公簿等によって確認できるときは省略することができます。

(裏)

世帯調書								
児童の属する世帯構成	世帯構成員 氏名 個人番号	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	市民税 課税状況等	市民税 所得 割額	備考
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
	()					所得割・均等割 非課税・生活保護		
世帯外 扶養義務者	氏名							
	住所							
	個人番号			生年月日				
	氏名							
	住所							
	個人番号			生年月日				

同意欄

上記内容に相違ありません。 また、以下の者は、江南市の健康づくり課が母子保健法第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_____年度の地方税関係情報について取得することに同意します。 年 月 日 江南市長 氏名 氏名

記載事項

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入する場合、同意書への住所の記入を省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。