

様式第1 (第3条関係)

(表)

養育医療給付申請書

江南市長

日付は空欄でお願いします。

年 月 日

申請者 住所 **江南市赤童子町大堀90番地**

電話番号 **0587-54-1111**

ふりがな **こうなん たろう**

氏名 **江南 太郎**

(受療者との続柄 **父**)

父親または母親のどちらかで、窓口にお越しになる方を申請者としてください。

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	こうなん じろう 江南 二郎		
	住所地 (住民票所在地)	江南市赤童子町大堀90番地		
	現在地 (住所地と異なる場合)	(例)江南市高屋町大松原		
	生年月日	○年○月○日	性別	男 ・女
加入医療保険	記号・番号	記号○○○○ 番号 ××		
	保険者等の名称	(例)全国健康保険協会 愛知支部		
	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	(例)江南厚生病院		
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			

医療保険者から交付される「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」等に記載されている「記号・番号」「保険者番号」「保険者名称」を転記してください。

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」この欄は記入しないでください。住所を記入する場合は、そ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ます。

資格確認書	有効期限	年 月 日
	発効期日	年 月 日
記号	○○○○	番号
番号	××	
氏名	江南 二郎	性別
		男
適用開始年月日	年 月 日	
交付年月日	年 月 日	
世帯主氏名	江南 太郎	
住所	江南市赤童子町大堀90番地	
保険者番号	△△△△△△△	
保険者名称	全国健康保険協会 愛知支部	

()には世帯全員の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

養育医療給付を受けるお子さんからみた続柄を記入してください。

児童の属する世帯構成	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	備考
	江南太郎 ()	父	男	S〇年〇月〇日	〇〇〇 会社	所得割・均等割 非課税・生活保	記入の必要はありません	
花子 ()	母	女	S〇年〇月〇日	なし	所得割・均等割 非課税・生活保			
一郎 ()	兄	男	H〇年〇月〇日	なし	所得割・均等割 非課税・生活保			
二郎 ()	本人	男	R〇年〇月〇日	なし	所得割・均等割 非課税・生活保			
()					所得割・均等割 非課税・生活保			
()					所得割・均等割 非課税・生活保			
()					所得割・均等割 非課税・生活保			
世帯外扶養義務者	氏名							
	住所							
	個人番号		生年月日					

未就業の場合は「なし」と記入してください。

「世帯外扶養義務者」欄には、「児童が属する世帯構成」欄に記載した方以外で現に養育医療を受けるお子さんに対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合に記載してください。なお、「扶養義務者」とは、次の方をいいます。

- ・直系血族(父母、祖父母、養父母等)及び兄弟姉妹(民法第877条第1項)
- ・叔父や叔母等、家庭裁判所が扶養義務を負わせた三親等内の親族(同条第2項)

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

記入の必要はありません。

記載事項

地方税関係情報の取得の同意については、「扶養義務者」全ての方の同意が必要になります。

- 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。