

(表)
養育医療給付申請書

年 月 日

豊田市長 様

申請者 住 所
氏 名
(受療者との続柄)
電 話

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。

受 療 者		フリガナ 氏 名			
		住 所			
		生年月日	年 月 日 生	性別	男・女
加 入 保 険	被 保 険 者 の 記 号 及 び 番 号				
	保 険 者 等 の 名 称				
指定医療機関		名 称			
		所 在 地			
処方箋交付を希望する 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	
※ 身 体 障 害 者 手 帳 番 号				※障害等級	

- 注意
- 1 ※印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。
 - 2 裏面の世帯調書も記入してください。
 - 3 申請書を提出するときには、養育医療意見書並びに加入保険の被保険者の記号及び番号の分かるものを持参してください。
 - 4 養育医療意見書は、主治医に提出し、記入をお願いしてください。

(裏)
世帯調書

	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	階層 区分	市 民 税 所得割額
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成							
世 帯 外 扶 養 義 務 者	氏 名				個人番号		
	住 所						
	氏 名				個人番号		
	住 所						
上記内容に相違ありません。 また、自己負担分の金額を算定するために必要となる世帯構成員の市民税等に係る公簿の閲覧の申請に関する所定の権限を豊田市長へ委任します。 年 月 日 豊田市長 様 申請者 氏 名							

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。