

様式第3号 (第4条関係)

(表)
養育医療給付申請書

窓口にて初めて来所した日

〇〇年 〇月 〇日

豊田市長様

来庁する保護者名
(父又は母)

申請者 住所 豊田市〇〇町〇丁目〇番地

氏名 豊田 一郎

(受療者との続柄 父)

電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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	トヨタ 知 豊田 太郎		
	住所	豊田市△△町△丁目△番地		
	生年月日	〇〇年 〇月 〇〇日 生	性別	男・女
加入 保 険	被保険者の 記号及び番号	〇〇-〇〇〇〇		
	保険者等の名称	〇〇〇〇健康保険組合		
指定医療機関	名称	〇〇〇〇病院		
	所在地	●●県●●市●●町●●丁目●●番地		
処方箋交付を希望する場合 の指定薬局名		〇〇〇〇薬局		
診療予定年月日		〇〇年 〇月 〇〇日から 〇〇年 〇月 〇〇日まで		
※身体障害者手帳番号		〇〇〇〇〇〇〇〇	※障害等級	〇級

注意

- ※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。
- 裏面の世帯調書も記入してください。
- 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。
- 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

個人番号カード又は通知カードに記載されている12桁の番号を記入。

児童の属する世帯構成	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
	豊田 一郎	父	男	HO.O.O	oooooooooooo		
	豊田 花子	母	女	HO.O.O	oooooooooooo		
	豊田 花美	姉	女	HOO.O.O	oooooooooooo		
	豊田 太郎	本人	男	RO.O.O	oooooooooooo		
<p>医療を受けるものと住所が同じで、生計を一にする方全員(本人を含む)を記入してください。</p>							
世帯外扶養義務者	氏名					個人番号	
	住所	上記の世帯構成員以外で、現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者(父・母・祖父母等民法第877条に定められているもの)がいる場合のみ記入してください。					
	氏名						
	住所						
<p>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</p>							
豊田市		<p>〇〇年 〇月 〇日</p> <p>窓口に初めて来所した日 表面の申請日と同じ</p>		<p>来庁する保護者名 (父又は母) 表面の申請者と同じ</p>		<p>申請者 氏 名 豊田 一郎</p>	

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。