

記入例

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書					
赤ちゃんの情報	本人	ふりがな 氏名	うき さくら 宇城 さくら	男・女 女	生年月日 R3年 1月 1日
	個人番号	記入不要			
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 869-0000 熊本県宇城市松橋町大野●●番地	行政区	大野	
	現在地 (住民票と異なる場合)	郵便番号 860-0000 熊本県熊本市中央区町本荘1丁目●●番地	入院中の場合は記入		
保護者の情報	扶養義務者	ふりがな 氏名	うき たろう 宇城 太郎	本人との 続柄	父
	居住地	郵便番号 869-0000 熊本県宇城市松橋町大野●●番地			
	電話番号	0964-●●-●●●●			
	個人番号	記入不要			
赤ちゃんの保険証	被保険者証等の 記号及び番号	●●●●●●●● ●●			
	被保険者等の名称	全国健康保険協会 熊本支部			
	希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)	熊本●●病院 (入院中ではない場合は所在地を記入)			
	備考				
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。					
申請者住所 郵便番号 869-0000 熊本県宇城市松橋町大野●●番地					
本人との続柄 父					
申請者氏名 宇城 太郎 (自署又は記名押印)					
電話番号 0964-●●-●●●●					
年 月 日					
宇城市長 様					

申請受付	年 月 日	決 定	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「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ときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。

記入例

様式第3号(第5条関係)

(表)

世帯調書及び同意書

申請者氏名		宇城 太郎		受療者氏名		宇城 さくら					
受療者の属する世帯構成	(1)	世帯構成員氏名	個人番号	(2)	続柄	性別	生年月日	(3)	職業(勤務先)	(4)	備考
		宇城 太郎	記入不要		父	男	S60・1・12		公務員(宇城市役所)		
		宇城 花子	記入不要		母	女	H2・6・9		保育士(宇城保育園)		
		宇城 一郎	記入不要		祖父	男	S23・8・1		なし		
		宇城 ハナエ	記入不要		祖母	女	S25・4・1		なし		
							・ ・				
							・ ・				
							・ ・				
							・ ・				
							・ ・				
(5) 世帯外扶養義務者	氏名										
	住所										
	氏名										
	住所										
宇城市長 様											
養育医療の給付の認定に必要な受療者の属する世帯構成員の市民税関係及び生活保護の認定状況の調査に同意します。											
年 月 日											
申請者氏名 宇城 太郎 (※)											
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。											

注) 記入方法については、裏の記入要領を参照してください。

委 任 状

私は、宇城市松橋町大野85番地 宇城市長（健康づくり推進課長扱い）に、未熟児養育医療の給付に伴う子ども医療費の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所 熊本県宇城市松橋町大野●●番地
氏名 宇城 太郎 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

子ども医療受給者番号	1 2 3 4 5 6 7			
乳 児 氏 名	宇城 さくら			
医 療 機 関 名	熊本●●病院			
診 療 年 月	年 月	記入不要	年 月	年 月
	年 月		年 月	年 月
	年 月		年 月	年 月