

記入例

(表)
養育医療給付申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

保護者名
(原則、被保険者)

住 所 豊橋市中野町字中原100

電話番号 0532-39-9160

氏 名 豊 橋 太 郎

個人番号 1234 5678 9012

(受療者との続柄 父)

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	ふりがな	とよはし じろう									
	氏 名	豊 橋 次 郎									
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 4 (個人番号の発行が間に合わない場合は未記入で構いません)									
	住 所	豊橋市中野町字中原 1 0 0									
	生年月日	令和 6 年 1 月 1 日生									
保 険 者 番 号		0	1	2	3	4	5	6	7	資格確認書等に印字されている ←番号を記入してください ※記号・番号と間違えないように！	
指 定 医 療 機 関	所 在 地	(意見書に記載されている医療機関の所在地を記入)									
	名 称	(意見書に記載されている医療機関名を記入)									
処方せん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									
(添付書類) 1 医療意見書(様式第4)											

注意事項等

- (1) 裏面の世帯調書にも記入すること。

氏名の下にそれぞれの
個人番号を記入

(裏)

世帯調書

	世帯構成 (個人番号)	続柄	生年月日	職業(勤務先)	階層 区分	年間市町村民 税所得割額	備考
児童の 属する 世帯構 成	豊橋 太郎 (1234 5678 9012)	父	S58.3.5	会社員 (〇〇〇会社)			
	豊橋 花子 (1234 5678 9013)	母	S60.7.2	無職			
	豊橋 次郎 (1234 5678 9014)	本人	H28.1.1				
	()						
	()						
	()						
	()						
世帯外扶養義務者	()						
	住所						
	()						
	住所						
上記内容に相違ありません。 また、この申請に当たり、世帯員の課税状況を閲覧することに同意します。 年 月 日 申請者 氏 名 豊橋 太郎 豊橋市保健所長 様							

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。