

様式第4号（第6条関係）

あきる野市養育医療給付申請書

本人	ふりがな				男・女	
	氏名					
	生年月日	年	月	日		(満1歳未満の方が対象)
申請者	ふりがな			個人番号		
	氏名					
	生年月日	年	月	日	電話番号	()
	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他 ()				
	住所					
保険証	種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()				
	記号	番号	保険者番号			
			保険者名			
<p>上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 ⑩</p> <p>あきる野市長 殿</p>						

添付書類

- 1 養育医療意見書（様式第5号）
- 2 世帯調書（様式第6号）
- 3 所得税額等を証する書類（同意書を提出することで省略可）
 - (1) 所得税が課せられている方は、確定申告書の控え又は源泉徴収票
 - (2) 所得税が課せられていない方は、住民税（非）課税証明書
 - (3) 生活保護受給世帯の方は、生活保護受給証明書

記入例

様式第4号（第6条関係）

あきる野市養育医療給付申請書

本人	ふりがな	あきるの いちろう			<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女						
	氏名	あきる野 一郎									
	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満1歳未満の方が対象)									
申請者	ふりがな	あきるの たろう	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇							
	氏名	あきる野 太郎		電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇						
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日									
	本人との続柄	<input checked="" type="radio"/> 1 父 <input type="radio"/> 2 母 <input type="radio"/> 3 その他 ()									
住所	あきる野市二宮350										
保険証	種類	1 国保 <input checked="" type="radio"/> 2 組合 <input type="radio"/> 3 協会 <input type="radio"/> 4 共済 <input type="radio"/> 5 その他 ()									
	記号	番号	保険者番号	8	7	6	5	4	3	2	1
	1 2 3 4	5 6	保険者名	あきる野保険組合							
上記のとおり養育医療		平成〇〇年〇〇月〇〇日									

保険証の種類に○を付けてください。

提出時に窓口でご記入ください。

健康保険被保険者証 家族(被扶養者) 平成XX年XX月XX日交付
記号 1234 番号 56
氏名 あきる野 一郎
生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男
資格取得年月日 平成××年〇〇月〇〇日
被保険者氏名 あきる野 太郎
事業所所在地 東京都あきる野市二宮〇丁目〇番地〇
事業所名称 株式会社〇〇〇〇
保険者所在地 東京都あきる野市二宮〇丁目〇番地〇 印
保険者番号 87654321
保険者名称・印 あきる野保険組合 TEL XX-XXXX-XXXX

申請者氏名 あきる野 太郎



保険証欄は対象乳児の健康保険証もしくは対象乳児が加入する予定の健康保険証の内容をご記入ください。

※ 本制度は主治医が入院養育を必要と認める場合に限り、主治医の指示のもとに申請をしてください。