

記入例

養育医療給付申請書					
本人	フリガナ	ニイザ タイチ	①男 ・ 女	生年月日	令和〇〇年〇月〇日生
	氏名	新座 太一			
	居住地 (住民票所在地)	〒352-00 新座市〇〇〇 □丁目 △番 〇〇号			
	個人番号	※社会保障・税番号(マイナンバー)の通知カード等を参照しながらご記入ください。			
	現在地 (住民地と異なる場合)	※この欄は基本的に空欄			
扶養義務	フリガナ	ニイザ タロウ	本人との続柄	父	職業 会社員
	氏名	新座 太郎			
	居住地	〒352-00 新座市〇〇〇 □丁目 △番 〇〇号			
	個人番号				
保険者証等の 記号及び番号	〇〇△ 〇〇〇	保険者等 の名称	保険組合等の名称		
指定養育医療機関 の名称・所在地 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)	〇〇病院 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
備考	※医療券を居住地と違う場所(里帰り先など)に送付する場合は、その住所等を備考欄に記入してください。				
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。					
令和〇〇年〇〇月〇〇日					
(申請先) 新座市長					
申請者 (保護者等)	住所	新座市〇〇〇	□丁目	△番	〇〇号
	氏名	新座 太郎 印			
	本人との続柄	父			
	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
	(日中連絡が取れる番号をご記入ください)				

お子様が入る予定(扶養義務者)の保険証の記号・番号をご記入ください

同じ人にしてください。

押印

同 意 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保健センター所長

世帯主について御記入ください。

世帯主住所 世帯主氏名	新座市〇〇 □ 丁目 △番 〇号 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市〇〇 □ 丁目 △番 〇号 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号 ⑩

世帯員について御記入ください。

貴センターが、未熟児養育医療の事務において、当該児童と生計を共にしている扶養義務者（父母、祖父母、兄弟等）の下記の事項が確認されることについて同意します。

記

- 1 収入状況及び市税等の課税状況に関して、税務部局に確認すること。

この同意書は生計を共にしている扶養義務者（同一世帯内の両親、祖父母、兄弟等の扶養義務者で、所得がある場合）について、保健センターが所得税について市の税務部局に確認することに同意をいただくものです。

同意いただいた方には源泉徴収票や課税証明書等の所得を証明する書類の提出が不要となります。

ただし、取得したい年の翌年の1月1日時点で本市に住居登録がない方については、その時点で住民登録のある市町村での所得証明書等が必要となります。