**養育医療給付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 広　島　市　長 | | | | | | | | | | | |
| 申請者　　住所　〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 未熟児本人との続柄　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| （連絡先　TEL　　　　　―　　　　　―　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55条）第9条第1項の規定により、養育医療の給付を申請します。また申請受付後、自己負担額の決定にあたって、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の市町村民税課税状況を課税資料等で確認され、生活保護の受給状況について調査されることについて同意します。また、自己負担額の決定に際して、広島市長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認することに同意します。  なお、このことについて、私の配偶者、私の属する世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。  　また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| 未熟児本人 | フリガナ | | | | | 生年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 氏　名 | | | | |
| 住　所　　広島市　　　　　　区　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | |
| □　申請者と同じ | | | | | | | | | | |
| 現在地　　　　　都･道･府･県　　　　　市･郡　　　　　　町･区･村　　　　　　　丁目　　　番　　　号 | | | | | | | | | | |
| （入院中の場合）　□希望する指定医療機関と同じ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所・医療センター | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | フリガナ | |  | | | | | 未熟児本人  との続柄 | | |  |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | 記号 | | | 番号 | | 保険者等の名称 | | |  | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | | | | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所・医療センター | | | | | | | |
| 所在地　　　　都･道･府･県　　　　　市･郡　　　　　町･区･村　　　　　　丁目　　　番　　　号 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世 帯 調 書 （太枠内を記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村民税所得割額の合計額 | | 円 | | |
| 階層区分 |  | 徴収月額 | 円 | |
| 未熟児本人の属する世帯構成（本人含む） | 世帯構成員氏名及び個人番号 | | | | | | | | | | | | 未熟児本人との続柄 | 旧住所※ | 生年月日 | 市町村民税課税状況 | | | | 備考 |
| 市町村民税所得割の額 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | | | |
| 世帯外扶養義務者 | 住所 | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | 円 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | | | | | | | | | | | |  | 都･道･府･県  市･区･町･村 | T･S･H･R  年　　月　　日 | 均等割（有･無） | | 所得割（有･無） | |  |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | 円 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※1月1日時点（1～6月申請は前年、7～12月申請は本年）の住所地が広島市以外の場合に記載（市区町村単位）