

養育医療費給付申請書

(あて先) 宝塚市長

下記のとおり養育医療の給付を申請します。
また、養育医療の認定にあたって、市民税の課税状況及び所得の状況について、税務主管課へ照会することを承諾します。

添付書類 養育医療給付申請書(この用紙)
 養育医療意見書(主治医が記載)
 世帯調書

(必ずお読みください)
【個人情報の使用及び使用先】
 今回ご提供をいただきました個人情報は、本事業の費用について、国・県から補助を受けるために使用するものです。それ以外には、一切使用いたしません。また、本書は宝塚市健康推進課において個人情報の漏洩がないよう、5年間保存し、保管期間経過後は融解処分いたします。

申請者及び扶養義務者について

父親の健康保険に加入
 → 扶養義務者は父親
 母親の健康保険に加入
 → 扶養義務者は母親

申請者＝扶養義務者です。

申請日 令和 2年 4月 5日

申請者 氏名 宝塚 一郎 本人との続柄 父
 (保護者) 住 所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)

養育医療の対象となる子ども本人

宝塚市小浜4丁目4番1号

電話番号 (0797)〇〇 -〇〇〇〇

本人	(ふりがな) 氏名	(たからづか すみれ) 宝塚 すみれ	性別 男 (女)	生年月日 令和 27年 4月 2日
	住 所 (住民登録のある住所)	(〒 -) 宝塚市 小浜4丁目4番1号		
扶養義務者	(ふりがな) 氏名	(たからづか いちろう) 宝塚 一郎	生年月日 昭和・平成60年 4月 5日	本人との続柄 父
	住 所 (本人と異なる場合)	(〒 -)		
	電話番号	(0797) 〇〇 - 〇〇〇〇		
	携帯番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇		
	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	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 兵庫 都道府県 宝塚 (市)町 小浜〇丁目〇号 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院	受付印	
	備 考			

本人の健康保険が手続き中の場合は、扶養義務者の健康保険証の番号等

本人が入院している医療機関名と住所

医療券の送付先 (本人の住所と異なる場合) (〒 -)

健康センター記入欄 受付者
* 住民日

里帰り等で本人住所と異なる住所に送付を希望する場合に記入してください。