

養育医療費給付申請書

宝塚市

【必要書類】

- ☐ ① 養育医療給付申請書(この用紙)
☐ ② 養育医療意見書(主治医が記載)
☐ ③ 世帯調書(兼同意書)
☐ ④ 児又は扶養義務者の健康保険証等医療保険加入関係を確認できるもの

【次のいずれか】

- ☐ 資格情報のお知らせ(写) ☐ 資格確認書(写)
☐ マイナポータルの資格情報画面 ☐ マイナポータルの資格情報画面を紙で出力したもの

- ☐ ⑤ 申請者の本人確認書類 (※1)
☐ ⑥ 申請者・扶養義務者の個人番号確認書類 (※2)
☐ ⑦ 市民税額を確認できる書類(課税・非課税証明書)

〔・⑥⑦について、世帯調書に記載する扶養義務者全員分必要です。
 ・⑦について、市が公簿等で課税状況を確認できる方は提出不要です〕

申請にあたり提供いただく個人情報、養育医療費の給付及び、本事業の費用について国・県から補助を受ける目的のみに使用します。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、事務完結より5年間保存し、保管期間経過後は融解処分します。

(※1) 申請者の本人確認書類の例

| 1点確認 | 2点確認 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 個人番号カード 運転免許証 パスポート 身体障害者手帳 その他、官公庁発行で氏名及び住所又は生年月日の記載がある顔写真入りの書類 | <ul style="list-style-type: none"> 市県民税決定通知書 その他、官公庁発行で氏名及び住所又は生年月日の記載がある書類 |
| | 上記より2点 (国民年金手帳は不可) |

(※2) 個人番号(マイナンバー)確認書類の例

【次のいずれか】

- ・個人番号カード ・通知カード
 ・個人番号記載の住民票の写し
 ・個人番号記載の住民票記載事項証明書

(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。

年 月 日

申請者(保護者) 氏 名 本人との続柄
 (〒 -)
 住 所
 電話番号

| | | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------|--|
| 本 人 | (ふりがな) 氏 名 | () | 性別 男・女 | 生年月日 年 月 日 |
| | 住 所 (住民登録のある住所) | (〒 -) 宝塚市 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | 個人番号 (未通知の場合は記載不要) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |
| 扶 養 義 務 者 | (ふりがな) 氏 名 | () | 本人との 続 柄 | |
| | 住 所 (本人と異なる場合) | (〒 -) | 個人番号 | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |
| | 電話番号 | - - | 生年月日 | |
| | 携帯番号 | - - | 年 月 日 | |
| 医療保険各法の 記号及び番号 | | 記号 | 番号 | 受付印 |
| 保険者等の名称 | | | | |
| 希望する 指定養育医療機関 | 所在地 | (〒 -) 都 道 府 県 | 市 町 | |
| | 名 称 | | | |
| 備 考 | | | | 健康センター記入欄 <input type="checkbox"/> 扶養義務者の確認 <input type="checkbox"/> (マイナポータルの場合) 資格確認画面の読み合わせ 受付者 * 住民日 様方 |
| 医療券の送付先 (本人の住所と異なる場合) | | (〒 -) 様方 | | |