

養育（未熟児）医療給付申請書

年 月 日

坂町長 様

申請者 郵便番号
住 所
氏 名
本人との続柄

次のとおり養育医療の給付を申請します。

本 人	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地 坂町	番地 号	個人番号	
	丁目 番	番地 号		
現在地	市 郡 町	番地	病 院 診 療 所	
扶 養 義務者	氏 名	本人との続柄	電話番号 ()	—
	居住地 坂町	番地 号	個人番号	
	丁目 番	番地 号		
被保険者証等の記号及び番号			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	
	所在地		市 郡 町 村	
備 考				

世 帯 調 書				※認 定 (記入しないこと。)	階層区分 徴収月額 円			
世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）	階層 区分	市町村民税課税状況	所得割額 (円)	
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
個人番号:						非課税・均等割・所得割		
世帯外扶養義務者 (郵便番号) (住 所) (氏 名)						非課税・均等割・所得割		

未熟児等の属する世帯構成

負担金の決定のため、必要があるときは、税額等の状況について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育(未熟児)医療給付が決定になった場合に医療券を指定医療機関に送付することに同意します。

住所
氏名



注

- 1 階層区分欄には、世帯の構成員及び世帯外扶養義務者を次の各号に掲げる階層に区分し、当該各号に定める記号によって記入すること。
 - (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている方 ①
 - (2) (1) に当たる方を除いて、当該年度分の市町村民税が（当該年度における課税の有無が明らかではないときは、前年度の市町村民税。以下同じ。）課せられていない方 ②
 - (3) (1) 又は(2) に当たる方を除いて、当該年度分の市町村民税均等割のみが課せられている方③
 - (4) (1) 又は(2) に当たる方を除いて、当該年度分の市町村民税均等割、所得割が課せられている方 ④
- 2 市町村民税額欄には、当該年度分市町村民税額を記載すること。
- 3 世帯内に本人以外に療育の給付若しくは養育医療の給付を受け、又は受けることが決定している児童があるときは、その旨を備考欄に記入すること。
- 4 世帯外扶養義務者の欄には、世帯構成員以外で現に未熟児等に対し扶養義務を履行している方がある場合に記入すること。
- 5 添付書類。ただし、公簿等により確認できる場合は、これを省略できる。
 - (1) 生活保護法による被保護者の場合
被保護者であることを証明する居住地の福祉事務所長の証明書
 - (2) 市町村民税を課せられていない場合
市町村民税の非課税又は免除を証明する市町村長の証明書
 - (3) 市町村民税が均等割のみ又は均等割及び所得割が課せられている場合
市町村民税額決定通知書、又は市町村民税課税証明書
 - (4) 婚姻歴のないひとり親家庭の方で、前年の所得が500万円以下の場合
別表第1備考10の(1)から(3)までのいずれかに該当する方は、「寡婦(夫)みなし適用申請書」(様式第4号)