

記入例

養育医療給付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

吹田市長あて

申請者（扶養義務者）

郵便番号（564-8550）

住所 吹田市泉町1-3-40

氏名 吹田 一郎

別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。

なお、養育医療の自己負担金（費用の徴収額）の決定にあたり、以後市職員が私の世帯の市町村民税の課税内容について調査及び取得することに同意します。

また、吹田市子ども医療費助成制度等、吹田市福祉医療制度の対象である場合、養育医療の自己負担金について、当該福祉医療制度の助成を受けるため、助成に係る所定の申請及び助成金の受領に関する権限を吹田市長に委任します。

本人（受療者）	ふりがな	すいた たろう		性別	生年月日	
	氏名	吹田 太郎		男・女	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所（居住地）	郵便番号（564-8550）	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
		吹田市泉町1-3-40				
扶養義務者	ふりがな	すいた いちろう		性別	生年月日	
	氏名	吹田 一郎		男・女	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 平成	
	住所（居住地）	郵便番号（564-8550）	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
	電話番号	父	(090) - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		本人との続柄	父
	母	(090) - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				
	その他の連絡先	(06) - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				
被保険者証等	記号	123	番号	4567	者番号	7777777
	発行機関名	〇〇〇〇健康保険組合				
指定養育医療機関	名称	〇〇〇〇病院				市職員確認欄
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇		吹田市〇〇町〇番〇号		

※市職員記載欄

申請受付年月日	令和 年 月 日	受付者	
添付書類	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 本人（受療者）又は申請者（扶養義務者）の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書（※未申告又は申請時点において本市に住民票がない場合のみ） ・申請月が4月～6月の場合 ⇒ 前年度の課税証明書 ・申請月が7月～3月の場合 ⇒ 当年度の課税証明書		