

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

吹田市長あて

申請者（扶養義務者）

郵便番号（ - ）

住所

氏名

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					性別	生年月日			
	氏 名					男 ・ 女	令和 年 月 日			
	住所（居住地）	郵便番号（ - ）		個人番号						
扶養義務者	ふりがな					性別	生年月日			
	氏 名					男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日			
	住所（居住地）	郵便番号（ - ）		個人番号						
	電 話 番 号	父				本人との続柄				
	母									
		その他の連絡先								
被保険者証等	記 号			番 号			保険者番号			
	発行機関名							市職員確認欄		
指定養育医療機関	名 称									
	所在地	〒 - 電話番号（ - - ）								

※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	☐ 養育医療意見書 ☐ 世帯調書 ☐ 本人（受療者）又は申請者（扶養義務者）の健康保険の分かるもの ☐ 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		