

記入見本

様式第

養育医療を受けるお子さま
の氏名・生年月日・住所

医療給付申請書

多胎の場合は、記入書類は
それぞれ必要になります。

本人	ふりがな	かわぐち いちろう	男・女	生年月日	〇〇年〇月××日
	氏名	川口 一郎			
	居住地	〒000-0000 川口市〇〇町111-0			
扶養義務者	ふりがな	かわぐち たろう	本人との続柄	父	
	氏名	川口 太郎			
	居住地	〒000-0000 川口市〇〇町111-0	電話	048 (2〇〇) 2022	
被保険者証等の 記号及び番号		000 1110	保険者等の名称		保険組合等の名称
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在		〒000-0000 〇◇県△□市〇〇町〇-△-□ □□〇△□病院			

お子さまの加入される
保険証の番号と保険組合名

医師の書いた意見書に記載
されている病院名、住所を
ご記入ください

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

〇〇年〇〇月△△日

誕生日から2週間を経過している
場合は、遅延理由書を提出してく
ださい。

申請者 住所 〒000-0000

川口市〇〇町111-0

氏名 (自署又は記名)

川口 太郎

本人との続柄

父

(あて先) 川口市長

記入見本

様式第 5 号

世 帯 調 査 書									
扶養義務者の氏名					養育医療を受ける お子さま				
申請者氏名			川口 太郎		本人氏名			川口 一郎	
児童の 属する 世帯 構成	氏名	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	マイナンバー	※階層区分 ※所得区分	備 考	
								注) 2	注) 3
	川口 太郎	父	男	〇〇年 □月×〇日	薬剤師 (〇〇薬局)	0000 0000 0000 0000		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	川口 花子	母	女	△〇年 □月××日	無職			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	川口 月子	姉	女	◇×年 △月×〇日					
	川口 一郎	本人	男	〇〇年 □月××日				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
世帯外扶養義務者	住所		世帯外扶養義務者欄					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			同一世帯ではないが、養育医療を受けるお 子さまを扶養（経済的に養育上の支援）し ている方がいる場合はご記入ください。						
	住所		（例）単身赴任中の父、毎月の生活費を仕 送りしている祖父母等					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注) 1 ※欄は、記入しないでください。

2 マイナンバーは、本人および扶養義務者となる方全員の記入が必要です。
養育医療を受けるお子さまのマイナンバーの閲覧に同意される場合は、注) 2 の欄に
チェックを入れてください。

3 所得税等を証明する書類を必ず添付してください。
扶養義務者のかたで、基準日（申請年の1月1日）に市内在住であり、課税状況の
閲覧に同意される場合は注) 3 の欄にチェックを入れてください。

4 不明な点は、地域保健センターご確認ください。