

様式第1号（第5条関係）

養育（未熟児）医療給付申請書				令和〇年〇月〇日
尾道市長 様		申請者 郵便番号 722-0017 住 所 尾道市門田町〇〇番地〇 氏 名 尾道 太郎 本人との続柄 父		
次のとおり養育医療の給付を申請します。 負担金の決定のため、必要があるときは、世帯の所得税額の状況等について、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。				
本 人	ふりがな おのみち はなこ 氏 名 尾道 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 令和〇年〇月〇日	
	住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
人	現在地 尾道市 (入院中の場合) 郡 〇〇町 〇〇番地	〇〇〇〇病 院 診療所		
扶 養 義務者	ふりがな おのみち たろう 氏 名 尾道 太郎	本人との続柄 父	電話番号 (000) 0000-0000	
	住 所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
被保険者等記号・番号 記号 〇〇〇 番号 〇〇〇		保険者等 の 名 称	全国健康保険協会広島支部	
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地	名 称 〇〇〇〇病院・診療所			
	所在地 尾道市 〇〇町 〇〇番地 郡 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	
未熟児等の属する世帯構成	世帯構成員名	個人番号	未熟児等 との続柄	性別	生年月日	備 考
	尾道 太郎	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	父	男	H〇.〇.〇	
	尾道 正子	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	母	女	H〇.〇.〇	
	尾道 花江	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	姉	女	H〇.〇.〇	
	尾道 花子	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	本人	女	R〇.〇.〇	
世帯外扶養義務者 (郵便番号)						
(住 所)						
(氏 名)						