様式第２号（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

（宛先）むつ市長　　【申請者】氏　名

住　所　〒

本人との続柄　　父・母・他（　　）

養育医療給付申請書

母子保健法第２０条第１項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、当該申請に係る審査のため、世帯の状況、市民税の課税状況等について、照会することに同意します。

記

本人（乳児）	ふりがな		生年月日	性別
	氏名		令和　　年　　月　　日	男・女
	住所	□申請者と同じ □申請者と別 →〒 むつ市		（書類送付先） □住所 □居住地 □他
	居住地	□住所と同じ □住所と別 →〒		
	個人番号			
扶養義務者	ふりがな		生年月日	本人との続柄
	氏名		S･H　　年　　月　　日	父・母・他（　　）
	住所	□申請者と同じ □申請者と別 →〒 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
	居住地	□住所と同じ □住所と別 →〒 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
	個人番号		職業	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
	電話番号			
保険証等情報	保険者名称	□全国健康保険協会　＿＿＿＿　支部 □＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿組合 □むつ市国保　　□他　→　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
	記号番号	記号　　番号		
希望指定養育医療機関	所在地			
	名称			

様式第４号（第４条関係）

世　帯　調　書

申請者氏名		未熟児氏名	

＜世帯構成＞　未熟児と同住所の世帯員を全員記入します　※続柄は未熟児からみた続柄

世帯構成員氏名（個人番号）	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）
	本人	男 女	R　　年　　月　　日	
	父	男	ＳＨ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
	母	女	ＳＨ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
		男 女	ＳＨＲ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
		男 女	ＳＨＲ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
		男 女	ＳＨＲ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)

＜世帯外扶養義務者＞　上記の世帯構成員以外に未熟児を扶養している方を記入します

世帯構成員氏名・住所（個人番号）	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）
		男 女	ＳＨＲ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
住所				
		男 女	ＳＨＲ　　年　　月　　日	公務員･会社員･自営業･パート･学生･無職･他(　　)
住所				

上記のとおり相違ありません

令和　　年　　月　　日　　【申請者】住所

氏名

※階層区分、市町村民税所得割額は、別紙のとおり