

養育医療給付申請書

公費負担番号		2	3	4	0	6	1	6	8	受給者番号							
本人	ふりがな 氏名									男 女	生年月日	年 月 日					
	住所	電話															
	現在地																
扶養 義務者	氏名								職業				本人との 続柄				
	居住地	電話															
	電話番号								個人番号								
保険者等の名称		健保	国保	共済	生保					被保険者証等の 記号及び番号	記号	番号					
指定養育 医療機関	名称																
	所在地																
診療予定期間		年 月 日から						年 月 日まで									
この券の有効期間		年 月 日から						年 月 日まで									
自己負担額	A	B	C	D	月額					円	出生時体重	g					

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、小郡市乳幼児医療費を受給する場合、未熟児養育医療給付における自己負担金（小郡市未熟児養育医療給付実施要綱第8条に規定する徴収金をいう。以下同じ。）の額の範囲内で、乳幼児医療費支給制度に基づく医療費の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として市に納付することを小郡市国保年金課長に委任します。

また、自己負担金を決定するため、必要があるときは住民票上の世帯状況の確認、世帯の所得税・市町村民税額の状況について、住民基本台帳及び課税台帳を調査・閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

生年月日

年

月

日生

本人との続柄

小郡市長 殿

小郡市受付印