

養 育 医 療 給 付 申 請 書									
年 月 日									
(あて先) 長崎市長									
申請者 住 所									
氏 名									
本人との続柄									
養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第 9 条第 1 項の規定により次のとおり申請します。									
本 人	ふ り が な 氏 名		男・女	生 年 月 日	年 月 日				
	住 所 (住民票所在地)				個 人 番 号				
	現 在 地 (住所地と異なる場合)								
義 扶 務 者 養	氏 名		本人と の続柄		職 業				
	居 住 地	(電話)			個 人 番 号				
被保険者証書等の記号 及び番号			保 険 者 等 の 名 称						
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地									
備 考									
申 請 受 付 年 月 日		※		決 定 年 月 日		※			

(注) 1 ※欄は記入しないでください。
2 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等をして
いる場合は、帰省先等を記入してください

※裏面も記入してください

[申請に係る同意について]

本人の属する世帯構成について、次のとおり相違ありません。
 養育医療給付の申請のため、次の表の申請者、給付申請に係る児童の属する世帯全員及び世帯外扶養義務者の住民基本台帳、課税・所得状況、生活保護受給状況、各種手当受給状況について確認することに同意します。

年 月 日

(あて先)長崎市長

氏 名 同意欄	本人との続柄	性 別	生年月日	職 業 (勤務先)	所得税額	階 層 区 分	備 考
本人	本人						
個人番号							
(申請者)							
個人番号							
個人番号							
個人番号							
個人番号							
個人番号							
氏名							
個人番号							
住所							
氏名							
個人番号							
住所							

※ の部分をご記入ください。

※同意欄は、課税状況等の確認をする際、個人ごとに同意をいただく必要がありますので、必ず記載してください。

- (1) 「世帯構成員」とは、児童本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて全世帯構成員を記載してください。
 - (2) 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がある場合にのみ記入してください。
- 注 扶養義務者の階層区分を判定する必要がありますので、次の例により、それを証明する関係書類を必ず添付してください。
- ◎ 生活保護を受けている世帯……福祉事務所長が発行する生活保護受給証明書
 - ◎ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯……福祉事務所長が発行する支援給付受給証明書
 - ◎ 上記以外の世帯は、市町村が発行する市町村民税の課税証明書
- (3) 申請後給付が終了するまでの間に上記記載事項に変更が生じた場合は、申請書を提出した市町村の窓口に届け出てください。