

記入例

様式第1号（第6条関係）

養育医療給付申請書

令和〇年〇月〇日

（宛先）
岩国市長様

申請者	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 岩国市〇〇町〇番〇号 氏名 岩国 桜子 乳児との続柄 母 電話番号 〇〇-〇〇〇〇
-----	--

未熟児養育医療の給付について、次のとおり申請します。

乳児	ふりがな 氏名	いわくに はなこ 岩国 花子	性別	男・女	生年 月日	〇年〇月〇日	
	住所地 (住民票に記載の住所地)	〒740-0000 岩国市〇〇町〇番〇号	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
	居住地 (住所地と異なる場合)	〒740-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号					
扶養義務者	ふりがな 氏名	いわくに さくらこ 岩国 桜子	乳児との続柄（母）				
	居住地	〒740-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号	電話番号	〇〇-〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	被保険者等の 記号及び番号	記号 〇〇 番号 〇〇〇〇	保険者名称	岩国市／〇〇組合／ 〇〇協会〇〇支部など			
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地	〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号						

添付書類

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書
- (3) 生活保護法の被保護者である場合は、被保護者であることを証する書類
- (4) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者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場合は、これを証する書類

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------	-------

「申請者」；
保護者であれば
父母どちらでも
かまいません。

「居住地」；
入院中等の場合は
医療機関の住所等を
記入してください。

「被保険者等の記号
及び番号」；
医療保険者が交付する「資格情
報のお知らせ」又は、「資格確認
書」又は、マイナポータルから
ダウンロードした「資格情報画
面」又は、健康保険証（※1）に
記載のある「記号」「番号」を記
入してください。

「保険者名」；
健康保険証の「保険者名称」
の欄にある名称を記入してく
ださい。

（※1）被保険者証の有効期限が
経過するまでの間（有効期限の末
日が R7.12.2 以降の場合は、同月
1日までの間）有効

「希望する指定養育医
療機関の名称」；
入院治療をうけた医
療機関名と住所を記
入してください。