

## 養育医療給付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者 郵便番号  
住 所  
氏 名  
未熟児との続柄  
(電話 )

下記のとおり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、関係書類を添えて申請します。

### 記

未熟児	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所				個人番号	
扶 養 義務者	氏名		未熟児と の続柄		職業	
	住所				個人番号	
被保険者証の 記号及び番号				保険者名		
希望する指定養 育医療機関の 名称及び所在地						

### 添付書類

- 1 養育医療給付意見書
- 2 世帯調書
- 3 未熟児の扶養義務者の当該年度分の市町村民税の課税額を証する書類
- 4 生活保護法の被保護者である場合には、被保護者であることを証する書類
- 5 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ときは、これを証する書類

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。