

様式第 1 号（第 5 条関係）

和光市未熟児養育医療給付申請書

年 月 日

和光市長 様

私は、給付の決定にあたり、私の世帯の所得状況等を市が調査確認することに同意し、未熟児養育医療の給付に係る自己負担に関する和光市子ども医療費助成金の申請及び受領を市長に委任します。また、受領した和光市子ども医療費助成金は、未熟児養育医療の給付に係る自己負担金に充当するよう申し出た上で、次のとおり未熟児養育医療の給付を申請します。

本人	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	
	住 所				個人番号
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
	居 住 地				
	電 話 番 号		個人番号		
被保険者記号及び番号		記号	番号		
健康保険組合等の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
備 考					
申請受付年月日		年 月 日	決定年月日		年 月 日

備考

- 1 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- 3 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等しているときは、帰省先等を記入してください。

添付書類

- 1 養育医療意見書（別紙 1）
- 2 世帯調書（別紙 2）
- 3 前 2 号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類