

様式第1号（第5条関係）

※記入しないこと	※番号確認	□個人番号カード □通知カード	
	※本人確認	□個人番号カード □運転免許証 □旅券 □各種手帳 □在留カード又は特別永住証明書 □各種健康保険証 □国民年金手帳 □児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 □その他（ ）	
養育（未熟児）医療給付申請書			
三原市長 様		年 月 日	
		申請者 郵便番号 住 所 氏 名 ⑩ 本人との続柄	
次のとおり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 年 月 日
	住所地 〒 (住民票所在地) 三原市	個人番号	
	現在地 〒 (現在地と異なる場合)	病 院 診 療 所	
扶養義務者	ふりがな 氏 名	本人との続柄	
	居住地 〒 (現在居住している住所)	市・郡	
	電話番号 () -	個人番号	
被保険者証等の記号及び番号		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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)	名 称	病院・診療所	
	所在地	市・郡	

世帯調書				※認 定 (記入しないこと)	階層区分 徴収月額 円		
未熟児等の属する世帯	世帯構成員名	未熟児等との続柄	性別	生年月日	個人番号	階層区分	所得税額
	扶養義務者 世帯外						
郵便番号 住 所							

母子保健法及び三原市未熟児養育医療実施要綱に基づく、申請と負担金の決定にあたっては、三原市民及び市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることの確認が必要となります。

ついては、世帯全員の住民票の原本及び市県民税課税台帳又は社会福祉課への連絡により、確認されることに同意します。また、養育（未熟児）医療給付が決定した場合、医療券を指定医療機関に医療券を送付されることに同意します。

住所
氏名

⑩