

養育医療給付申請書

年 月 日

長門市長 様

郵便番号

申請者 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、長門市未熟児養育医療給付要綱第 3 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

未 熟 児	ふり がな 氏 名		男・女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所				個人 番号
扶養義務者	ふり がな 氏 名		未熟児と の 続 柄	職業	
	住 所				個人 番号
被保険者等の記号及び 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 世帯調書及び同意書
- 3 未熟児の扶養義務者の当該年度分（申請日の属する月が 4 月から 6 月までの場合にあっては前年度分）の市町村民税の課税額を証する書類
- 4 社会保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者たることを証する書類
- 5 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
- 6 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場合は、これを証する書類

注 申請者が氏名を自署すること