様式第1号(第4条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 山口市長

申請者 郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ ※

(※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)

未熟児との続柄 _____

電話番号 _____

※日中連絡のつく番号を御記入ください。

下記のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行細則第4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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	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	
被保険者等の記号及び番号				保険者名称		
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（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場合には、これを証する書類