

未熟児養育医療申請チェックリスト

書類名	対象者	チェック
養育医療申請書	全 員	☐
養育医療意見書 ※医師作成のもの		☐
世帯調書		☐
お子さんの健康保険 証（写し）		☐
住民税所得割が わかる書類（写し）	転入の方のみ（※）	☐

（※） 1月1日時点で留萌市以外に住所があった方、もしくは、
単身赴任等で留萌市以外に住民税を納めている方が対象です。

例）所得課税証明書、市町村民税の税額通知書 等

上記の書類を提出し、申請します。

申請者氏名 _____

別記様式第1号（第2条関係）

養育医療給付申請書							
本人 (受領者)	ふりがな	るもい いちろう		性別	男 ☒ 女 ☐	生年月日	R6 年 5 月 1 日
	氏 名	留萌 一郎					
	居 住 地	留萌市幸町1丁目11番地					
	現 在 地	同上					
扶養 義務者	氏 名	留萌 太郎		本人との 続柄	父	職 業	会社員
	居 住 地	留萌市幸町1丁目11番地					
被保険者証等の 記号及び番号		11111111 2222		保険者等 の名称	全国健康保険協会 北海道支部		
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地		留萌●●病院 留萌市五十嵐町1丁目1番10号					
備 考							
上記のとおり関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。 また、下記の内容について同意・委任します。 ・世帯及び世帯員の所得等の状況を関係部署に照会し、情報を得ること ・子ども医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に関すること ・医療費助成受領後に未熟児養育医療自己負担金へ充てること ・未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限 R6 年 8 月 1 日 住所 留萌市幸町1丁目11番地 氏名 留萌 太郎 申請者 本人との続柄 父 生年月日 H10.1.15 留萌市長 様							

※《委任について》

未熟児養育医療給付では、母子健康法第21条の4の規定に基づき、留萌市が扶養義務者から養育医療費を徴収していますが、養育医療受給者が子ども医療費助成制度の受給者である場合は、養育医療自己負担金が子ども医療費助成制度の対象となるため、委任していただくことで、市の内部で自己負担金を処理することができます。（ただし、子ども医療費助成制度の対象となる額の範囲内に限ります。）

別紙様式第3号（第2条関係）

世 帯 調 書

申請者氏名		留萌 太郎		本人氏名	留萌 一郎			
児童の属する世帯構成	世 帯 構 成 員 名		続柄	生年月日	職 業 (勤務先)	※ 階層 区分	所得割額	備考
	留萌 太郎		父	H10.1.15	会社員			
	留萌 花子		母	H9.3.21	無職			
	留萌 一郎		長男	R6.5.1				
世帯外扶養義務者	氏名							
	住所							
	氏名							
	住所							
	氏名							
	住所							

(注) ※印の欄は、記入しないでください。