

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
	居住地					
	現在地					
扶養 義務者	氏 名		本人と の続柄		職 業	
	居住地					
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						
備 考						
<p>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。</p> <p>また、下記の内容について同意・委任します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限</li> </ul> <p>年 月 日 住所</p> <p>氏名</p> <p>申請者</p> <p>本人との続柄</p> <p>生年月日</p> <p>留萌市長 様</p>						

※《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					本人氏名			
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	
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。