

養 育 医 療 給 付 申 請 書				
児 童	ふ り が な 氏 名		生年 月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 越前市	個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒		
扶 養 義 務 者	ふ り が な 氏 名		本人との 続柄	
			個人番号	
	居 住 地	〒		
	電 話 番 号		職 業	
保 険 者 の 名 称				
加 入 医 療 保 険 の 記 号 及 び 番 号	記号		被保険者	
	番号			
指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合省略可)</small>	名称			
	所在地			
備 考				
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該養育医療の給付申請に係る児童又は扶養義務者の世帯の税務情報等について、市長が各関係機関に調査・照会することに同意します。 ・越前市長に、養育医療の給付に伴う自己負担金の納付に関する手続き並びに子ども医療費助成金、重度心身障害者等医療費助成金及びひとり親家庭等医療費助成金の申請・受領に関する一切の権限を委任します。 ・規則第6条第2項に基づき越前市に納付すべき未熟児養育医療費に係る負担金に医療費助成制度で助成される助成金を充てる（相殺する）ことに同意します。 ・負担金から医療費助成制度で助成される助成金を差し引いて不足が生じた場合は、その金額分を納付いたします。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（扶養義務者）住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">児童との続柄（ ）</p> <p>越前市長 殿</p>				
申 請 受 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日	

誕生日より1か月を超えて申請される場合は、次の理由欄にチェックしてください。

養育医療給付申請にかかる書類の準備に時間を要したため

その他 ()

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している滞在先を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。