

様式第 2 号（第 6 条関係）

市川市養育医療給付申請書									
対象となる乳児	ふりがな				性 別	男・女			
	氏名				生年月日	年 月 日			
	個人番号								
	住所 (住民票所在地)								
	現在地 (住所地と異なる場合)								
扶養義務者	ふりがな				性 別	男・女			
	氏名				生年月日	年 月 日			
	個人番号								
	対象となる乳児との続柄				職 業				
	居住地								
	連絡可能な電話番号								
被保険者の記号及び番号									
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		(所在地は、対象となる乳児の現在地と同じ場合は省略可能)							
備考									
養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第 9 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 連絡可能な電話番号 氏名 対象となる乳児との関係									
市川市母子保健法に基づく低体重児の届出、未熟児に対する養育医療の給付等に関する規則第 6 条第 2 項第 3 号アからエまでに掲げる書類の内容について市川市が公簿等で確認することに同意します。 氏名 氏名 氏名									
金子交 ども 付も 申医 請療 承費 諾助 欄成	本申請と併せて、養育医療の徴収金について、市川市子ども医療費助成金交付申請をします。 なお、子ども医療費助成における自己負担金額が養育医療の徴収金額以上の場合には、市川市子ども医療費助成金交付申請を取り下げます。 申請者氏名								
	高額療養費等に係る承諾書 私は、市川市子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び附加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。 被保険者（組合員）氏名								
市記入欄	申請受付年月日	年 月 日			受付者				

記載上の注意

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

市川市養育医療給付申請書														
対象となる乳児	ふりがな	いちかわ じろう					性 別	(男)・女						
	氏名	市川 二郎					生年月日	2021年11月11日						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	
	住所 (住民票所在地)	市川市南八幡4-18-8												
	現在地 (住所地と異なる場合)	船橋市海神6-13-10					入院中の場合は病院の住所							
扶養義務者	ふりがな	いちかわ たろう					性 別	(男)・女						
	氏名	市川 太郎					生年月日	1992年1月1日						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	1	
	対象となる乳児との続柄	父					職 業	会社員						
	居住地	市川市南八幡4-18-8					里帰りしている場合は里帰り先住所							
	連絡可能な電話番号	090-1111-1111												
	被保険者の記号及び番号	12 3456					医療保険各法の記号及び番号							
	保険者等の名称	全国健康保険協会 千葉支部												
	希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	(所在地は、対象となる乳児の現在地と同じ場合は省略可能) 船橋市海神6-13-10 船橋中央病院												
	備考													
養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。 2021年 11月 30日 申請者 住所 市川市南八幡4-18-8														
義務者の名前		連絡可能な電話番号 090-1111-1111												
		氏名 市川 太郎					対象となる児との関係 父							
規	市川市母子保健法に基づき低体重児の届出、未熟児に対する養育医療の給付等に関する届け出る書類の内容について市川市が公簿等で確認													
す	同世帯の方の名前を自署													
	税法上不要であることが明らかな方(主に													
	未就労のお子さん)の分は不要です													
	氏名 市川 太郎					氏名 市川 花子								
金子交付も申請療養費助成	本申請と併せて、養育医療の徴収金について、市川市子ども医療費助成金交付申請をします。 なお、子ども医療費助成における自己負担金額が養育医療の徴収金額以上の場合には、市川市子ども医療費助成金交付申請を取り下げます。													
	扶養義務者の名前													
	申請者氏名 市川 太郎													
	高額療養費等に係る承諾書 私は、市川市子ども医療費助成制度における助成金の算定及び附加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾													
扶養義務者の名前														
被保険者(組合員)氏名 市川 太郎														
市記入欄		申請受付年月日			年 月 日			受付者						

記載上の注意

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
- 2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。病院等に入院しているときは、その住所を記載してください。
- 3 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記載してください。帰省等している場合は、帰省先等を記載してください。