

## 養育医療給付申請書

申請者 (保護者)	ふりがな	さが たろう													
	氏名	佐賀 太郎													
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	本人との続柄	父 母 その他 ( )													
	電話番号	(自宅) 0952-40-7282	(昼間連絡がとれる番号) 090-1234-5678												
住所	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号														
本人 (児)	ふりがな	さが はなこ											男	女	
	氏名	佐賀 花子													
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	住所	〒 同上													
保険証	種類 (該当するものに○をつけてください。)	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保													
	記号	番号	保険者名□(保険証発行機関名)												
	123	567	全国健康保険協会 佐賀										市・町・村(国保) 支部 共済組合 健康保険組合		
希望する指定医療機関名		刻立病院機構 佐賀病院													
生活保護の状況 (該当するものに○をつけてください。)		受給している ・ 受給していない													
佐賀市長様 別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 なお、決定に当たって課税資料、世帯状況等を閲覧することについて同意します。 また、未熟児養育医療の給付に伴う子どもの医療費の請求並びに受領に関する一切の 権限を佐賀市長に委任します。  令和〇〇年〇〇月〇〇日  申請者住所 佐賀市栄町1番1号  申請者氏名 佐賀 太郎 (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。  本人との続柄 父															

## 【関係書類】

- 養育医療意見書(様式第2号)
- 世帯調書(様式第3号)
- 子どもの医療費受給資格証
- 同意書(様式第16号)又は世帯構成員の所得課税証明書等  
※佐賀市で確認できない方

## 【その他申請時に必要なもの】

- 個人番号(マイナンバー)カード
- 健康保険証
- 生活保護受給世帯であることの証明書
- 入院時食事療養費の標準負担額の減額認定者にあつては、標準負担額減額認定証

受付印

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、養育医療給付事務のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。  
※ただし、給付認定結果については、医療機関に通知させていただきます。