

記入例

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書

公費負担者 番号		受給者 番号	
本人	氏名 かすが 一郎 女・男	生年月日	令和3年4月1日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	出生時の体重 1200 グラム
	居住地	春日市原町3丁目1番地5	
	現在地	〇〇市〇〇町〇丁目△番地 <small>入院している病院の所在地を記入してください</small>	
扶養 義務 養者	氏名 かすが 太郎	本人との続柄	父
	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	電話番号 092-584-1111
	居住地	春日市原町3丁目1番地5	
保険者等 の名称	健保 国保 共済 生保	被保険者証等の 記号及び番号	記号 123 番号 4567
	ABC健康保険組合		
指定養育 医療機関	名称	〇〇病院	
	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目△番地	

※ 太枠の中を記入してください。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、春日市こども医療費を受給する場合、未熟児養育医療給付における自己負担金（春日市未熟児養育医療給付実施要綱第12条に規定する徴収金をいう。以下同じ。）の額の範囲内で、こども医療費支給制度に基づく医療費の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金としての市への納付を春日市国保医療課長に委任します。

また、自己負担金を決定するため必要があるときは、住民票上の世帯状況の確認のため、住民基本台帳を調査・閲覧することに同意します。

令和3年 4 月 7 日

申請者 住所

原町3丁目1番地5

氏名

春日 太郎

生年月日

昭和62年 1 月 1 日

本人との続柄

父

(宛先) 春日市長

春日市
受付印

上記内容を承諾の上、記入してください。