別記様式第６号（第７条関係）

**養育医療給付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | フリガナ |  | |  | | | | | | | | 性別 | | 男  ・  女 | |
| 氏名 | （姓） | | （名） | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日　＊満１歳未満の乳児が対象です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | （姓） | | | （名） | | | | | | | | | | |
|
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 電話番号 | | | （　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 本人との続柄 | １　父　　　２　母　　　３　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険等 | 種類 | 協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期／生保  （該当するものに〇を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | |
| 記　 号 |  | 保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 番　　　　号 |  | 保険者名 | |  | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　　年　　　月　　　日  申請者氏名　(自署又は記名押印)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　小平市長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | |

　以下に同意いただける場合は、市町村民税の課税（非課税）証明書の提出を省略することができます。ただし、課税状況の確認ができないときは、後日証書類の提出が必要になることがあります。

＜同　意　書　欄＞

　次の者は、養育医療の給付に係る事務手続を処理するために限り、小平市長が地方税関係情報及び住民票関係情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することに同意します。

同意者　　氏　　名

　（申請者）　生年月日

　　　　　　　住　　所

　　同意者　　氏　　名

　　　　　　　生年月日

　　　　　　　住　　所

＊＊以下の欄は記入しないでください。＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | | | 認定年月日 | | | | |  | | | | |
| 市町村民税確認書類  （当該乳児の扶養義務者全ての方の証明） | 父 | 地方税関係情報　住民票関係情報　市町村民税課税（非課税）証明書  生活保護受給証明書・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 母 | 地方税関係情報　住民票関係情報　市町村民税課税（非課税）証明書  生活保護受給証明書・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 階層区分 |  | | 受給者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |