

様式第3号 (第5条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな	ふじみの たろう	男	生年月日	〇年〇月〇〇日	
	氏名	ふじみ野 太郎	女	個人番号	999999999999	
人	住所 (住民票所在地)	ふじみ野市榑岡一丁目2番5号			個人番号	999999999999
	現在地 (住所地と異なる場合)	埼玉県川越市〇〇1-1-1				
扶養義務者	ふりがな	ふじみの ふじお	本人との続柄	父		
	氏名	ふじみ野 ふじ夫				
	居住地	ふじみ野市榑岡一丁目2番5号				
被保険者証等の 記号及び番号	電話番号	049 (293) 9045	個人番号	111111111111		
	被保険者等の 記号及び番号	999 9999	被保険者等の 名称	●●健康保険組合		
希望する指定の 養育医療機関の 名称及び所在地	<p>〇〇〇〇病院</p> <p>※所在地が、本人現在地と同じ場合は、省略可能</p>					
備考						
<p>ふじみ野市長 宛て</p> <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> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>住所 ふじみ野市榑岡一丁目2番5号</p> <p>申請者 氏名 ふじみ野 ふじ夫</p> <p>本人との続柄 父</p> <p>電話番号 049 - 293 - 9045</p>						

- 本人欄には、対象児の情報をご記入ください。
- 現在地には、入院している医療機関の所在地をご記入ください。

- 扶養義務者欄には、対象児が加入した医療保険の世帯主、被保険者、組合員、加入者の情報をご記入ください。

- 対象児が加入した医療保険の情報をご記入ください。

- 入院している医療機関名をご記入ください。

- 申請者は、上でご記入いただいた扶養義務者としてください。

①養育医療給付申請書記入例

世帯調書										
申請者氏名		ふじみ野 ふじ夫				新生児氏名		ふじみ野 太郎		
新生児の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業(勤務先)	※階層区分	※市町村 民税額等	備考	
	ふじみ野 太郎	本人		00/00/00	999999999999					
	ふじみ野 ふじ夫	父	男	00/00/00	111111111111	〇〇商専				
	ふじみ野 花子	母	女	00/00/00	222222222222	〇〇庁				
	ふじみ野 一郎	兄	男	00/00/00	333333333333					
扶養対象人数		0歳～16歳未満		1人		16歳～19歳未満		人		
世帯外扶養義務者	氏名	上福岡 ふく子	祖母	女	00/00/00	888888888888				
	住所	ふじみ野市福岡一丁目1番1号								
	氏名									
	住所									
同意書										
養育医療の給付に要する費用の算定に必要があるときは、上記世帯構成員及び世帯外扶養義務者の住民登録、生活保護等の有無及び地方税関係情報について、ふじみ野市が調査し、及び取得することに同意します。 〇〇年〇〇月〇〇日										
同意者 氏名 ふじみ野 ふじ夫					同意者 氏名 ふじみ野 花子					
同意者 氏名 上福岡 ふく子					同意者 氏名					

●申請者氏名は、先に記入した【①養育医療給付申請書】の扶養義務者としてください。  
●対象児のいる世帯の世帯員全員をご記入ください。

●対象児のいる世帯とは別世帯にも扶養義務者がいる場合には、この欄にご記入ください。

●同意される場合、上に記載いただいた方のうち所得がある方全員の同意が必要となります。

- 1 世帯構成員名の欄には、新生児本人を含めて新生児と生計を一にしている者を全員記入してください。
  - 2 世帯外扶養義務者とは、世帯以外で新生児本人を扶養している者のことです。
  - 3 同意欄については、同意する者自ら署名してください。代理人が署名する場合は、委任状を添付してください。
  - 4 同意されない場合は、市町村民税額等を証明する書類を添付してください。
- ※の欄は、記入しないでください。

※裏面の「医療費の支給申請の仕方」をお読みの上、記入してください。

㊦ こども医療費支給申請書 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ふじみ野市長 宛て			
住所		ふじみ野市福岡一丁目2番5号	
氏名		ふじみ野 ふじ夫	
次のおりこども医療費の支給を申請します。 電話番号 049 ( 293 ) 9045			
受給者番号	(空欄可)	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	ふじみ野 ふじ夫
ふりがな	ふじみの たろう	認定日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
氏名 (受給対象児)	ふじみ野 太郎	記号	999 番号 9999
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	加入医療保険 保険者の 名称	●● 国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 ) 支部
交通事故等の第三者行為に伴うケガや疾病である。		はい・いい	
学校、幼稚園及び保育所の管理下(通学・通園中を含む)でのケガや疾病である。		はい・いい	

●申請者は、先に記入した【①養育医療給付申請書】の扶養義務者としてください。

●加入医療保険欄は、対象児が加入した医療保険の情報をご記入ください。  
(扶養義務者様の保険証の内容をご記入ください。)  
●認定日は、対象児の「生年月日」を入力してください。

注意 上部太枠内は、申請者が記入してください。また、保険診療一部負担金（処方箋を交付した医療機関と保険薬局の合計）が21,000円を超える場合は、裏面の委任状欄も記入してください。

医療機関等記入欄			
(受給対象児)			
_____様 領 収 書			
_____年 _____月 診療分			
・保険診療一部負担金 _____円			
ただし、他法本人負担額 _____円を含み、食事療養標準負担額は含まない。			
保険診療点数	_____点	他法負担点数	_____点
1 入院 ・ 2 外来 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 6 訪問看護 ・ 7 柔道整復 ・ 8 コルセット			
日数	_____日	1 県内 ・ 2 県外	1 証明 ・ 2 レシート
年	_____月	日	_____
医療機関コード		_____	
医療機関等の所在地 名 称 代 表 者 氏 名 電 話 番 号			加取印

※ 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。  
※ 療養費の場合の保険診療点数欄は、総医療費を記入してください。

処 理 欄	①支給対象経費	円	②一部負担金控除額	円
	保険診療一部負担金	円	附加給付額 高額療養費	円 円
	支給額 (① - ②)		円	

④こども医療費支給申請書記入例

様式第6号（第5条関係）

委任状

私は、ふじみ野市長を代理人と定め、ふじみ野 太郎の未熟児  
養育医療に係る医療助成金（こども医療費、重度心身障害児（者）医療費又はひとり親家庭等医療費のことをいう。以下同じ。）について、次の事項を委任します。

- (1) 医療助成金の申請、請求及び受領に関すること。
- (2) 医療助成金を未熟児養育医療の自己負担金に充てること。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（扶養義務者）

住 所 ふじみ野市福岡一丁目2番5号

氏 名 ふじみ野 ふじ夫

電話番号 049-293-9045



●対象児童の氏名をご記入ください。

●申請者は、先に記入した【①養育医療給付申請書】  
の扶養義務者としてください。