

養育医療給付（新規・継続）申請書

申請年月日 令和 年 月 日

(申請先)
横浜市長

申請者(保護者)氏名 子との続柄 ()

住所 横浜市 区

電話番号 () -

養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。また、当該給付に関する事務手続きのため、子ども生計を同じくする扶養義務者全員の市町村民税の課税内容または生活保護受給状況について横浜市が調査することに同意します。

医療を受ける子(本人)

ふりがな		性別		
氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
個人番号				
住所	横浜市 区			
子の扶養義務者	別添「世帯調書」のとおり			
今回の申請	<input type="checkbox"/> 新規(初回) 転院日 直前の医療機関名 <input type="checkbox"/> 継続(転院)→ 令和 年 月 日			
指定養育医療機関	(入院した医療機関の名称)			
子の健康保険	1. 添付のとおり → <input type="checkbox"/> 次の書類を添付しました(添付したものに ✓ をつけてください) <input type="checkbox"/> マイナポータルで表示される「医療保険の資格情報」を印刷したもの <input type="checkbox"/> 「資格確認書」の写し <input type="checkbox"/> 「資格情報のお知らせ」の写し			
	2. <input type="checkbox"/> 医療扶助			

書類の送付希望住所 ※申請者の住所と異なる住所への送付を希望する場合のみ記載してください

〒 - 都道府県 市区町村 (様方) 様

備考