

柏市養育医療給付申請書兼世帯調書													受付年月日		
対象児	フリガナ												男・女		
	氏名														
	個人番号 (マイナンバー)														
	住所	〒(—) 柏市											生年月日	令和 年 月 日	
扶養義務者	フリガナ												対象児との続柄	父・母・その他()	
	氏名														
	個人番号 (マイナンバー)												電話番号		
	住所	☐	対象児と同じ(同じ場合は住所記載不要)												
		☐	基準日時点では、柏市外に居住していた →該当する場合は、基準日時点の居住自治体名を右記にご記載ください										(都・道・府・県)		(市・区・町・村)
			基準日とは…1月～6月に申請する方は前年の1月1日，7月～12月に申請する方は当年の1月1日を基準日とします。												
〒(—)															
対象児が加入している医療保険情報をご記載ください															
保険者等名称												医療保険各法の 記号及び番号			
対象児が入院している医療機関の名称をご記載ください ※出生した病院から転院している場合別途届出を要する場合がありますので、事前に担当課までお問い合わせください。															
希望する指定養育 医療機関の名称															

柏市長あて
別紙関係書類を添えて、当申請書のとおりに養育医療の給付を申請します。

申請日 令和 年 月 日																
申請者	フリガナ												生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	氏名															
	☐	当該申請に必要な市民税情報及び、加入医療保険の資格情報を柏市が情報連携等を活用して確認することに同意します。 ※同意が得られない場合は別途書類の提出が必要になります。必要な書類については、柏市HPをご確認いただくか、担当課にお問い合わせください。														
	☐	上記「扶養義務者」と同一である。(同一である場合は以降の申請者欄は記載不要、裏面のその他の扶養義務者欄へ)														
	個人番号 (マイナンバー)												電話番号			
	住所	☐	対象児と同じ(同じ場合は住所記載不要)										対象児との続柄	父・母・その他()		
		☐	基準日時点では、柏市外に居住していた →該当する場合は、基準日時点の居住自治体名を右記にご記載ください										(都・道・府・県)			(市・区・町・村)
			基準日とは…1月～6月に申請する方は前年の1月1日，7月～12月に申請する方は当年の1月1日を基準日とします。													
〒(—)													職員記入欄			
													市民税所得割額		円	

※裏面あり※														
裏面に、対象児の扶養義務を負っている方(上記「扶養義務者」欄記載の方を除く)及び同一世帯の方についてご記載ください														
職員記載欄	合計市民税額 ：_____円				階層区分:A・B・C・D____ /徴収金月額:_____円 (□加算対象)									
	発送内容方法の確認				医療券(発送・窓受取) □決裁後電話希望→□電話済									
	送付文書の確認										備考			
	申請者	医療券	☐	☐	病院	通知文	☐	☐						
		徴収金通知書	☐	☐		養育医療給付台帳	☐	☐						
		封筒 □不要	☐	☐		終了報告書	☐	☐						
ピンクの半券		☐	☐	封筒		☐	☐							

裏面

表面「扶養義務者」欄に記載のかた以外の、対象児の扶養義務を負っている方(対象児の父・母など)についてご記載ください															
その他の扶養義務者①	フリガナ									生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏 名														
	個人番号 (マイナンバー)									対象児との続柄	父・母・その他()				
	☐	当該申請に必要な市民税情報及び、加入医療保険の資格情報を柏市が情報連携等を活用して確認することに同意します。 ※同意が得られない場合は別途書類の提出が必要になります。必要な書類については、柏市HPをご確認いただくか、担当課にお問い合わせください。													
	住 所	☐	対象児と同じ(同じ場合は住所記載不要)												
		☐	基準日時点では、柏市外に居住していた →該当する場合は、基準日時点の居住自治体名を右記にご記載ください								(都・道・府・県) (市・区・町・村)				
基準日とは…1月～6月に申請する方は前年の1月1日，7月～12月に申請する方は当年の1月1日を基準日とします。															
〒()								職員記入欄							
								市民税所得割額					円		
その他に対象児の扶養義務を負っている方がいる場合、ご記載ください。															
その他の扶養義務者②	フリガナ									生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏 名														
	個人番号 (マイナンバー)									対象児との続柄	父・母・その他()				
	☐	当該申請に必要な市民税情報及び、加入医療保険の資格情報を柏市が情報連携等を活用して確認することに同意します。 ※同意が得られない場合は別途書類の提出が必要になります。必要な書類については、柏市HPをご確認いただくか、担当課にお問い合わせください。													
	住 所	☐	対象児と同じ(同じ場合は住所記載不要)												
		☐	基準日時点では、柏市外に居住していた →該当する場合は、基準日時点の居住自治体名を右記にご記載ください								(都・道・府・県) (市・区・町・村)				
基準日とは…1月～6月に申請する方は前年の1月1日，7月～12月に申請する方は当年の1月1日を基準日とします。															
〒()								職員記入欄							
								市民税所得割額					円		
扶養義務を負わない同一世帯の方(対象児の兄弟姉妹など)がいる場合、ご記載ください															
世帯構成員	フリガナ									生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏 名														
	対象児との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()													
	フリガナ									生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏 名														
	対象児との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()													
	フリガナ									生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏 名														
	対象児との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()													
	フリガナ									生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
氏 名															
対象児との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()														