

柏市養育医療給付申請書兼世帯調書

対象児

フリガナ
氏名

カシワ ジロウ
柏 次郎

個人番号
(マイナンバー)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

住所

〒(2 7 7 - ◎◎◎◎)
柏市 柏〇丁目〇〇-〇 〇〇ハイツ〇〇号

性別

男 女

生年月日

令和 ◎年 ◎月 ◎日

扶養義務

フリガナ
氏名

カシワ タロウ
柏 太郎

個人番号
(マイナンバー)

1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

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
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月には前年の7月1日

電話番号

090-0000-0000

との続柄

父・母・その他()

対象児が加入する医療保険情報をご記載ください

保険者等名称

◎◎健康保険組合 △▼支部

医療保険各法の
記号及び番号

12345 6789

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

〇〇〇〇中央病院

申請者

フリガナ
氏名

カシワ タロウ
柏 太郎

性別

男 女

生年月日

令和 ◎年 ◎月 ◎日

住所

〒(2 7 7 - ◎◎◎◎)
柏市 柏〇丁目〇〇-〇 〇〇ハイツ〇〇号

電話番号

090-0000-0000

との続柄

父・母・その他()

職員記載欄

合計市県税額

発行
送付
医療
徴収
封筒

記載不要

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

対象児の保険加入手続きに時間を要する場合には、
保険者に連絡し「健康保険被保険者資格証明書」の発行申請を行うことで、
資格確認書等の発行を待たずに、より早く、加入する医療保険の情報を確認・証明することが
できる場合があります。状況に応じて、保険者へお問い合わせください。

原則、児の加入する医療保険の
被保険者を扶養義務者として記載

基準日時点で市外在住の場合のみ、
その時点で住民票があった自治体名を記載します。
※課税情報照会が必要です。

出生した病院から転院しているまたは
転院を予定している場合、
別途届出を要する場合があります。
事前に担当課までお問い合わせください

扶養義務者欄と申請者欄に記載のかたが同一の場合は、記載不要です。

【扶養義務者と申請者が異なる例】
・児の被保険者(父)が柏市外在住で母が市内在住→扶養義務者父・申請者母となる可能性がある。

※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

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	カシワハナコ								生年月日	昭和 平成	◎年 ◎月 ◎日			
	氏 名	柏花子													
	個人番号 (マイナンバー)	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	対象児との続柄	父・母・その他()
	☒	当該申請に必要な収入及び市民税情報, 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								千葉(都・道・府・県) 流山(市・区・町・村)					
		基準日 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。													
	基準日時点で市外(流山市)在住だった場合を想定した記載例です。 基準日時点ですでに柏市内に在住の場合は✓しないで下さい。												職員記入欄		
	市民税所得割額												記載不要		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

表面扶養義務者欄または、裏面その他の扶養義務者①欄に記載の方
以外に、対象児の扶養義務を負っている方がいる場合のみご記載ください。

記載欄が足りない場合は、
その他の扶養義務者欄のみ記載した申請書様式を添付してください。

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	カシワイチロウ								生年月日	昭和 平成 令和	◎年 ◎月 ◎日	
	氏 名	柏一郎											
	対象者との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()											
		記載欄が足りない場合は、 世帯構成員欄のみ記載した申請書様式を添付してください。											
	対象者との続柄	兄・弟・姉・妹・その他()											