

【入力の際の留意点】

太枠内及び申請年月日以外は保護されています。

申請の際はお手数ですが右の申請書の他、2ページ以降の養育医療券、養育医療券(写)、養育医療給付台帳も印刷し御持参願います。

入力にあたっては次の①～⑦に留意願います。

- ① 本人(対象児)が加入する健康保険証を確認のうえ入力してください。生活保護受給者の方は空欄で構いません。
- ② 性別についてはボタンダウンで男/女を選択してください。
- ③ 個人番号(マイナンバー)については、出生届に連動して附番されます。通知カードが御自宅に送付されるまで1か月程度かかるため空欄でも差支えありません。※マイナンバーの記載された住民票を取得することも可能ですが有料となります。
- ④ 保護者(申請者)は本人(対象児)の父母どちらでも構いません。氏名を入力した場合は押印が必要です。氏名欄を自筆した場合は押印は必要ありません。
- ⑤ ボタンダウンで平成/昭和を選択してください。
- ⑥ 保護者(申請者)の個人番号(マイナンバー)を入力してください。空欄でも受理できますが、他都市への住民税の照会等ができなくなる場合があります、その際は別途課税額証明書等を提出していただく場合があります。
- ⑦ 申請年月日を入力してください。

(記入例)

養育医療給付(継続・変更)申請書																
公費負担者番号	2	3	1	4	6	0	3	8								
公費負担医療の受給者番号									太枠内及び申請年月日のみ入力してください。							
① 被保険者証等の記号及び番号	記号	123	番号	123456789				保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
本人	ふりがな	かわさき たろう							出生時体重	2000	g					
	氏名	川崎 太郎														
	生年月日	平成	30	年	8	月	13	F	② 性別	男						
③ 個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3				
保護者(申請者)	ふりがな	かわさき はなこ														
	氏名	④ 川崎 花子							印							
	生年月日	⑤ 平成	3	年	1	月	1	日	本人との続柄	母						
	住所	〒 210-8577				電話 123-456-7890				川崎市川崎区宮本町1						
⑥ 個人番号(マイナンバー)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7				
医療機関(病院・診療所)	名称	〇〇〇〇病院														
	所在地	川崎市川崎区東田町5-4														
この券の有効期間	平成		年		月		日から	平成		年		月		日まで		
診療予定期間	平成		年		月		日から	平成		年		月		日まで		
徴収金(月額)	階層							円								
上記のとおり申請します。																
⑦ 平成 30 年 8 月 20 日																
(宛先) 川崎市保健所長																
注 保護者(申請者)氏名については、氏名を入力し押印する、又は自筆による署名のいずれかとしてください。																