

## 【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
乳 児 ( 本 人 )	ふりがな	かわさき たろう						出生時体重	1,500	g						
	氏名	川崎 太郎						性別 ②	男・女							
	生年月日	令和	3	年	10	月	1	日								
	個人番号 ③	2	0	2	1	1	0	0	1	1	2	3	4			
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 昭和	61	年	4	月	1	日	本人との続柄	母						
	住 所	〒 210-8577				電話 044-200-2450										
	個人番号 ⑥	1	9	8	6	0	4	0	1	1	2	3	4			
医療機関 (病院・診療所)	名 称	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	年 月 日から						年 月 日まで									
診療予定期間	年 月 日から						年 月 日まで									
徴収金(月額)	階層						円									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、申請に当たり、費用の徴収に関する事務を処理するため、乳児及び扶養義務者並びに生計を一にする子の市町村住民税課税状況を川崎市市長が確認することに同意します。</p> <p>⑦ 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 川崎市保健所長</p>																
<p>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。</p>																