

*この申請書の太枠内をご記入いただき、下記①～⑥の書類等をご持参のうえ、生後1か月以内に、お住まいの区役所へ申請してください。

- ① 未熟児養育医療意見書(裏面:医療機関による記載が必要)
- ② 課税確認書兼世帯調書(世帯員全員の氏名・続柄・生年月日・職業・マイナンバーを記入)
- ③ 健康保険証(お子さまが加入予定の保護者のもの)
- ④ 窓口に来られる申請者の本人確認書類
- ⑤ お子さま本人と世帯員のマイナンバー確認書類

(区受付印)

様式第1号

未 熟 児 養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人 (新生児)	ふりがな		性 別	生年月日	令和 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	個人番号	
扶 養 義 務 者	ふりがな		個人番号		本人と の続柄
	氏 名				
居 住 地	〒	—	神戸市 区 町・通 丁目 番 号		
	建物名・部屋 番号までご記 入ください				
保 険 区 分 (該当する番号に○)	1 健保 2 国保 3 共 済 4 生 保				
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号	(記号)		(番号)		
保 険 者 等 の 名 称	(保険者番号)		(名称)		
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称					
別紙関係書類を添えて上記のとおり未熟児養育医療の給付を申請します。 なお、この申請で必要な場合は、世帯の住民登録状況、市民税の課税状況等について、神戸市が調査・ 閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。					
申 請 者 住 所	〒	—	神戸市 区 町・通 丁目 番 号		
	建物名・部屋 番号まで ご記入ください				
			電 話 ()
	ふりがな		本人との続柄		
	申請者氏名		()
	令和 年 月 日				
	神戸市長宛				

※以下は記入しないでください。

申請者本人確認書類 <input type="checkbox"/>	(来庁者が申請者と異なる場合) 委任状確認 <input type="checkbox"/> 及び 受任者本人確認書類 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--

区保健福祉部記入欄	進達年月日及び番号	令和 年 月 日	第 号
-----------	-----------	----------	-----

経 由 保 健 所 名	神 戸 市 保 健 所				
交 付 年 月 日	令和 年 月 日	受給者番号			