

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書						
対象児	フリガナ 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	個人番号					
	居住地	伊勢市				
	現在地					
保護者	氏名		対象児との 続柄		職業	
	個人番号					
	居住地					
被保険者証の 記号及び番号		保険者の名称				
		保険者番号				
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地						
備考						
<p>養育医療意見書及び世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 対象児との続柄 電話番号（携帯等）</p> <p>（宛先）伊勢市長</p>						

※ 養育医療給付事業の利用に当たり、当該事業の費用負担の算定に関して、寡婦又は寡夫のみなし適用を受けたい場合は、裏面を記入して下さい。

私は、養育医療給付事業の利用に当たり、当該事業の費用負担の算定に関して、寡婦又は寡夫のみなし適用を受けたいので次のとおり申告します。

1 適用の理由（該当する番号に○をしてください。）

- (1) 婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもののうち、扶養親族その他その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有するもの
- (2) (1)に掲げるもののうち、扶養親族である子を有し、かつ、前年の所得が500万円以下であるもの
- (3) 婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻をしていないもののうち、その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有し、前年の所得が500万円以下であるもの

注1 「前年の所得」とは、地方税法第313条第1項に規定する所得（総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額）の合計額となります。また、本事業の利用日が1月から6月までの場合は、前々年の所得となります。

注2 「基礎控除額」とは、所得税法第86条第1項の規定により控除される額（38万円）となります。

注3 寡婦又は寡夫のみなし適用を受けた方で、本事業利用後において、養育医療の給付申請内容に虚偽があった場合は、当該適用を取り消し、当該申請に基づき適用された利用料の減額分について全額返還いただくこととなります。

2 添付書類

- (1) 保護者及び子の戸籍全部事項証明書
- (2) その他市長が必要と認めるもの（ )