＊この申請書の太枠内をご記入いただき、下記①～⑤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 医療保険の資格情報がわかるもの（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	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（建物名・部屋番号までご記入ください）	〒 － 神戸市 区					
保険区分（該当する番号に○）	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保						
医療保険各法の記号及び番号	（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（建物名・部屋番号までご記入ください） 〒 －
神戸市 区

電話（ ）

ふりがな 本人との続柄
申請者氏名 （ ）

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 □	（来庁者が申請者と異なる場合） 委任状確認 □ 及び 受任者本人確認書類 □

区保健福祉部記入欄	進達年月日及び番号	年 月 日 第 号

きりとり線