



(申請先)
横浜市

国民健康保険障害児育児手当金支給申請書

長

世帯主または世帯主の成年後見人を記入
電話番号は日中に連絡のつく番号

年 月 日

申請者
(世帯主)

住所
氏名
電話

該当者について記入

次のとおり障害児育児手当金の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40					
障 害 児	氏名				生年月日	
	被保険者資格 取得年月日	年	月	日	病名	
	症状が発現 した年月日	年	月	日		

振 込 先	銀行	<input type="text"/>	種目	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>
	信用金庫	(支店コード)	口座名義人		カタカナでご記入ください。	
	農協	支店				

委 任 状	私は、次の者に障害児育児手当金の受領に関する一切		朱肉を使う印鑑（申請者名のもの）	
	受任者(口座名義人)	住所	委任者(世帯主)	
	氏名		氏名	

申請者の口座名義を記入
(申請者と異なる名義の場合は委任状も記入)

3	先天性(周生期を含みます。)の障害	有	無
4	障害の範囲	合	否
5	障害の程度	合	否
		1級・2級・3級・4級	

【添付書類】
診断書（所定の用紙を別途ダウンロードしてください）
母子健康手帳（出産の状態や、成長の経過が分かるページの写しを取ってください）

処 理 欄	支給	国保条例 別表第	1	2	3	4 級	不支給		
			61	62	63	64			
		支給日入力	端末入力	資格確認	審査(判定)	受	付		

(注意) 1 この申請書は、診断書、母子健康手帳及び国民健康保険被保険者証を添えて提出してください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。