

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	
	氏名				
	居住地 (住民票所在地)	〒			
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒		個人番号	
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	居住地	〒			
	電話番号			個人番号	
医療保険各法の 記号及び番号				保険者等の 名称	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
備考					
別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 〒 申請者住所 本人との続柄 氏名 電話番号 年 月 日 (あて先) 由利本荘市長 様					
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。
- ・行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(マイナンバー法)に基づき、裏面の同意書に署名された方は、地方税関係書類の提出は不要です。
- ・上記に同意されず地方税関係書類を提出される方で、申請の年の1月1日において他の市区町村に住所を有していた方は、当該市区町村の発行する証明書を添付してください。

同意書

下記の者は、由利本荘市が母子保健法第二十一条の四第一項に基づく事務手続(未熟児養育医療に係る費用の徴収)を処理するために限り、必要な地方税関係情報を取得することに同意します。

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

【同意者】

住 所

生年月日

氏 名

大・昭・平・令 年 月 日

記載要領

1. 世帯員全員及び生計を同一にする方(単身赴任含む)が対象です。
2. 同意する方が自ら署名してください。同意されない方は、地方税関係情報の書類が必要になります。
3. 代理人が署名する場合、本人からの委任状(任意様式)を添付してください。
4. 署名欄が足りない場合は、必要事項を欄外に記載して差し支えありません。

養 育 医 療 意 見 書				
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
氏 名				
在 胎 週 数	(単胎／双胎(胎))		出生時の体重	g
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙れん		
		(2) 運動が異常に少ない		
	2 体温	(1) 摂氏34度以下		
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼ持続		
		(2) チアノーゼ発作を繰り返す		
		(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向		
		(4) 呼吸数が毎分30以下		
		(5) 出血傾向が強い		
	4 消化器	(1) 生後24時間以上排便がない		
		(2) 生後48時間以上嘔吐が持続		
		(3) 血性吐物がある		
		(4) 血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診 療 予 定 期	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在受けている医療	<u>保育器の使用</u> <u>人工換気療法</u> <u>酸素吸入</u> <u>経管栄養</u> <u>持続静脈内注射</u> <u>その他の医療</u>			
症状の経過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関所在地 〒 名 称 電 話 番 号 医 師 氏 名				

世 帯 調 書

※太枠内のみ記入してください。

申請者氏名							本人氏名 (新生児氏名)			
	世帯構成員者	続柄	性別	生年月日	個人番号	職 業 (勤務先)	市町村民税課税状況		備 考	
							均等割	所得割		
受給者の 属する 世帯 構成							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
							有・無	有・無		
世帯外扶養義務者	氏名						有・無	有・無		
	住所									
	氏名						有・無	有・無		
	住所									

世帯階層認定欄

世帯階層区分	A 被 保 護 世 帯	徴 収 基 準 月 額 ま た は 加 算 基 礎 基 準 月 額
	B 市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯	
	C 市 町 村 民 税 均 等 割 の み 課 税 世 帯	
	D 市 町 村 民 税 課 税 世 帯 課 税 額 の 計 (円) (階層)	

委任状

(受給者) _____ の未熟児養育医療の自己負担金の納付と、これに対する福祉医療費の給付に関する手続き一切を委任いたします。

年 月 日

(あて先)

由利本荘市長 様

委任者 住所 _____
(扶養者) _____

氏名 _____ (印)

受給者 氏名 _____

未熟児養育医療券番号 _____

福祉医療費受給者証番号 _____