

# 記入例

様式第2号（第3条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 名	ながはま たろう 長浜 太郎	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年 月日	令和 ●年 ●月 ●日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号 526-0013 長浜市八幡東町632	個人 番号	12345678	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号 526-●●●● 長浜市●●番地 長浜××病院 入院中	申請時に入院中の場合は こちらに病院の住所も記入		
扶 養 義 務 者	氏 名	ながはま 長浜 □□	本人との 続柄	父	
	居 住 地	郵便番号	赤ちゃんが加入する保険の親（扶養者） の名前等を記入		
	電 話 番 号	〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇	個人番号	24681012	
加 入 健 康 保 険 の 記 号 及 び 番 号	記号●●● 番号▲▲▲▲ 枝番■ ■ ■			赤ちゃんの加入健康保険 の記号・番号・枝番	
加 入 健 康 保 険 の 名 称	例：●●●健康保険組合				
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)	長浜××病院 長浜市●●番地		養育医療意見書に記載されている 病院名と住所を記入		
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		郵便番号	526-0013 長浜市八幡東町632	赤ちゃんが加入する保険の親 (扶養者)の名前等を記入	
本 人 と の 続 柄		父			
申 請 者 氏 名		長浜 □□			
電 話 番 号		〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇 (妻)	つながりやすい電話番号を記入。 申請者と異なる場合は、番号の横 に申請者との関係を記入。		
年 月 日		提出日			
長浜市長 あて					
申 請 受 付 年 月 日		決 定 年 月 日			

(注)

- 「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」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。

養育医療意見書			
ふりがな		男・女	生年月日
氏名			年 月 日
在胎週数	(単胎/双胎(胎))	出生時の体重	グラム
(注) 2,001グラム以上の場合は、下記いずれかの症状を有していることが養育医療の給付要件です。			
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (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。	
	6 その他の所見 (合併症の有無等)		
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
現在受けている医療	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療		
症状の経過			
上記のとおり診断します。 年 月 日 〒 所在地 医療機関 名称 電話番号 医師氏名			

(注) 医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

# 記入例

様式第4号（第3条関係）

赤ちゃんが加入している  
保険の親(扶養者)の名  
前を記入

世帯調書（表）

申請者氏名		長浜□□		児氏名		長浜 太郎			
児の属する世帯構成（児と生計を一にしている人員全員）	(1) 世帯構成員名	性別	児との続柄	生年月日		職業(勤務先)	(2) 階層区分	(3) 市町村民税所得割額	(4) 備考
	長浜 □□	男	父	生年月日を記入		長浜会社	(2)(3)(4) 担当者が記入します		
			個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入					
	長浜 ○○	女	母	生年月日を記入		無			
			個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入					
	長浜 ☆☆	男	兄	生年月日を記入					
			個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入					
長浜 ◇◇	女	祖母	生年月日を記入		●●会社				
		個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入						
長浜 太郎	男	本人	生年月日を記入						
		個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入						
(5) 世帯外扶養義務者									
			個人番号						
			住所						
			個人番号						
			住所						
			個人番号						
		住所							

赤ちゃん本人の名前も記入

会社員でも可

世帯構成員遺体で現に児本人に対して、扶養義務者がいる場合のみ記入してください。

(注)

- 裏面の記載要領をよく読んで記載してください。
- 申請後、給付が終了するまでの間に記載事項に変更が生じた場合は届け出てください。

# 記入例

(裏)

## 記載要領

- (1) 欄 **「世帯構成員」とは、児本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記入してください。**
- (2) 欄 記載は不要です。
- (3) 欄 児本人の扶養義務者で市町村税を課税されている場合、その所得割額を記入してください。
- (4) 欄 世帯構成員中本人以外の児が、育成医療の給付、養育医療の給付、療育の給付若しくは補装具の交付（修理）を受け、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。
- (5) 欄 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。

# 同意書

日付は提出日（提出時記入）

長浜市長

あて

年 月 日

長浜市母子保健法施行細則第3条に基づく事務手続を処理するため、空白で年度の地方税関係情報について健康推進課職員が取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	ふりがな 氏名	同意者自らが署名をして下さい。
	生年月日	年 月 日
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	同意者自らが署名をして下さい。
	生年月日	年 月 日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	同意者自らが署名をして下さい。
	生年月日	年 月 日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	世帯調書に記載がある方で18歳以上の方は全員記入。
	生年月日	
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	

(注)

- 同意者が自ら署名を行ってください。
- 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。
- 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記載は省略することができます。
- 同意が必要な者の欄が同意者欄より多い場合は、裏面に記載してください。

委任状は任意の様式