記入例

様式第2号(第3条関係)

がトノク	112 ,) (2	50木		/N/														
		; ;	養		育		医	•	療	j	給	1	\	申		請	書	<u>+</u>	
	氏。	<u>, </u>	ij	が	ì	^な 名	ながは 長浜	_	たろう	5			男女	生星月				●月	
本	住		戸	F			郵便番			013	}			個。	- (E	【		イナン 56789	
		住 民			在 地		長浜市							番	凡旦	00	71234	3070	90
人	現		右	E		地	郵便番	号 5	26-€					П		請時に			
	(信	主所地	1と異	なな	る場合	`)			番地	長湯	兵××я	院	入院中	7	ت	ちらに	丙院の	性所も	記入
扶	ふ氏		ŋ	;	が	な 名	ながは 長浜						本人との 続柄	の	父	:			
養義務者				<u> </u>		Lef.	郵便番	 F号					赤ち	ゃん	が加え	しするほ	験の	親(扶	養者)
務者	居		自	E		地									の	名前等	を記入		
78	電	Ē	括	킽		号	000)-▲		-0	000		個人番	号		12345	6789	012	
	人 号	健 及	康 ひ	保 Ķ	険 番	の 号	記号●	•••	番号	₹▲▲		枝	番■■■					加入健 番号・	康保険 枝番
加入	健	康	保『	険(の名	称	例:●	•••	健康係	保険 総	11合								
希 望 機 関	すの	る 指 名 教	定及	養び	育 医所 在	療	長浜× 長浜市	×病	院				養	育医		見書に言			る
(所在地	也は本力	人現在地	と同じ	じ場合	は省略可	「能)	支 洪爪		徴心						病院 ?	名と住所	で記。	^	
備						考													
別組	氏関係	系書類	夏を添	ええっ	て上記	こ のと	こおり着	養育医	医療の紹	給付	を申請	しま	: す。						
	申	請	者	首	住	所	#	郵便番	号		526-0 長浜市。		東町632	2		ゃんが			
	本	人	ک	0)	続	柄	3	č							(‡	夫養者)	の名	前等を	記入
	申	請	才	×	氏	名	£	長浜											
	電	年	話	看 月		号日		DOC 出 I			\ -00	OC)(妻)		請者と	リやすい と異なる 請者と	場合	は、番	号の横
							長浜市	長	あて										
申言	青	受	付	年	月	日						产	央 定	年	月日	1			

(注)

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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。

指定医療機関の医師(主治医)が記入されます

					養	育	医	療	意	Ę	į :	書						
办	Ŋ	が	な							4	生	年			<i>-</i>		_	
厾			名) ————————————————————————————————————	٠	幺	月	Ħ			年		月	目
在	胎	週	数	(単)	抬/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。																	
	1	一 射 状態		(1)	運動不 運動が				,									
	2	体》	苗	(1)	摂氏3	4度	以下											
症状	3		及器 景器	(3)	強度の ヂア吸数 呼吸数 出血傾	ーゼ が毎 が毎	発作 分5 分3	を繰 O以 O以	り返 上で			侚						
の概	4	消化	七器	(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。														
<u></u>	5	黄业	卣		生後数 異常に			に発2	£									
要	(その 所 合 の の 有 等)	· 見 #症															
診療	子	定期	間		年	F	1	日か	ß			左	É	月	目	まて	2	
現るい	王 秀 る	更 (を 医	で療		器の使用 静脈内2							秦明	支入	経	管栄	—— 養		
症状の経過																		
上記	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(共養者)の名

世帯調書 (表)

申請者氏名	保険の親(扶養 前を記入	者)の名		長浜□□	児 氏 名	長浜 太郎						
児 (1) の 世帯 属	構成員名	性別	 児との 続柄	生年月日	1	職業(勤務先)	(2) 階層 区分	(3) 市町村民税 所得割額	(4) 備考			
す	長浜□□	男	父	生年月日を	記入	- 長浜会社						
る 世		77	個人番号	個人番号(マイナン	バー)を記入	KAZI	(2)(3)(4)					
帯構	長浜 〇〇	女	母	生年月日を	記入	無	·					
成			個人番号	個人番号(マイナン	バー)を記入	7						
児 と	長浜 ☆☆	男	兄	生年月日を	記入			担当者が記入します				
生			個人番号	個人番号(マイナン	バー)を記入							
計 を	長浜 ◇◇	女	祖母	生年月日を		●●会社		し				
に			個人番号	個人番号(マイナン	バー)を記入			ţ				
して	長浜 太郎	男	本人	生年月日を		_						
い			個人番号	個人番号(マイナン	バー)を記入			1				
人員全員)(5)			やん本人の 前も記入 個人番号			会社員で	₺可					
世帯外扶			個人番号住所			-						
養 義 務 者			個人番号 住所	世帯構成員以外で現に児本人に対して、 表養義務者がいる場合の 記入してください。								

(注)

- 1 裏面の記載要領をよく読んで記載してください。
- 2 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)

年

長浜市長 あて 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 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。

年度の地方税関係情

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	ふりがな 氏名	同意者自らが署名をしてください。 ※1行目は申請者(扶養者)の署名					
(申請者)	生年月日	年 月 日					
	住所						
	申請者との続柄						
	ふりがな	同意者自らが署名をしてください。					
同意者	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	住所 (申請者と同じ場合は省略可)						
	申請者との続柄						
	ふりがな	同意者自らが署名をしてください。					
同意者	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	住所 (申請者と同じ場合は省略可)						
	申請者との続柄						
	ふりがな						
同意者	氏名	世帯調書に記載がある方					
	生年月日	で18歳以上の方は全員					
	住所 (申請者と同じ場合は省略可)	記入。					
	申請者との続柄						
	ふりがな						
同意者	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	住所 (申請者と同じ場合は省略可)						

(注)

- 1 同意者が自ら署名を行ってください。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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