記入例

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	ながはま　たろう	(男)・女	生年月日	令和元年　5月　1日
	氏名	長浜　太郎			
	住所地（住民所在地）	〒526-0013　長浜市八幡東町632			
	現在地（住所地と異なる場合）	〒526-●●●● 長浜市●●100番地　長浜××病院入院中			
扶養義務者	氏名（ふりがな）	長浜（ながはま）　□□	本人との続柄	父	
	居住地	〒526-0013　長浜市八幡東町632			
	電話番号	○○○-○○○○-△△△△			
被保険者証等の記号及び番号		記号●●●　番号▲▲▲▲　枝番■■			
被保険者等の名称		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		長浜××病院 長浜市●●100番地			
備考					

申請時に入院中の場合はこちらに病院の住所も記入

赤ちゃんの保険証に記載されている親の名前を記入

赤ちゃんの保険証の記号・番号・枝番までを記入

養育医療意見書に記載されている病院名と病院の住所を記入

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　〒526-0013
住　所　長浜市八幡東町632
氏　名（自署又は記名押印）長浜　□□

赤ちゃんの保険証に記載されている親の名前を記入

本人との続柄　父
電話番号　○○○-○○○○-△△△△

つながりやすい番号を記入。申請者と異なる場合は番号横に持ち主を記入

年　月　日

日付は提出日（提出時記入）

長浜市長　あて

養育医療給付の決定について指定養育医療機関に通知することに同意します。

赤ちゃんの保険証に記載されている親の名前を記入

申請者氏名　長浜　□□

申請受付年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日

↑申請受付年月日、決定年月日は記入しないで下さい

様式第３号（第３条関係）

指定医療機関の医師（主治医）が記入されます

養　育　医　療　意　見　書

ふりがな 氏　名		男・女	生　年 月　日	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条件です。

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）強度のチアノーゼ特続 （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　人口換気療法　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。

平成　年　月　日

医療医療機関の名称及び所在地

郵便番号

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。

様式第４号（第３条関係）　　記入例

申請者：赤ちゃんの保険証に記載されている親の名前を記入

世　帯　調　書

申請者氏名	長浜　□□	児　氏　名	長浜　太郎

	(1) 世帯構成員名（児と生計を一にしている人全員）	児との続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）	(2) 階層区分	(3) 所得税額	(4) 備考
児の属する世帯構成	長浜　□□	父	男	S60.4.1	長浜会社			
	長浜　○○	母	女	S60.8.1	無			
	長浜　☆☆	兄	男	H22.3.1				
	長浜　◇◇	祖母	女	S28.6.1	○○会社			
	長浜　太郎	本人	男	R1.5.1				
(5) 世帯外扶養義務者	氏名 （住所）							
	氏名 （住所）							

赤ちゃん本人の名前も記入

会社員でも可

（２）、（３）は担当が記入します。空欄のまま持参してください。

世帯構成員以外で現に児本人に対して、扶養義務者がいる場合にのみ記入してください。

注）下記の記載要領をよく読んで記入して下さい。太わくの部分（（２）階層区分の欄）は記入しないで下さい。

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。

(3)欄　児本人の扶養義務者で所得税を課税されている場合、その所得税の年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、療育の給付または補装具の交付（修理）を受け、また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。

注）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。

様式第５号（第３条関係）

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、　　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。

空白で

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	
	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）	

世帯調書に記載がある方で１８歳以上の方は全員

（注）

委任状は任意の様式

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。