

記入例

申請者が記入

様式第2号（第3条関係）

		養育医療給付申請書					
本人	養育医療を受給する予定のお子さまの氏名を記入してください						
	ふりがな氏名	かに はなこ 可児 花子	男・女 女	生年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○					
	住所地 (住民票所在地)	〒509-02○○ 可児市○○ ○○番地					
扶養義務者	現在地 (住所地と異なる場合)	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○番地					
	ふりがな氏名	かに たろう 可児 太郎	本人との続柄	父	職業	会社員	
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○		電話番号	○○-○○-○○		
医療保険各法の記号及び番号	居住地	〒509-02○○ 可児市○○ ○○番地					
	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	○○病院 ○○県○○市○○町○丁目○番地						
備考	出生から1か月以上たってからの申請の場合、遅延理由書が必要です						
別添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 〒509-02○○ 可児市○○ ○○番地							
電話 (○○) ○○-○○							
本人との続柄 父							
申請者氏名 可児 太郎							
令和 ○年 ○月 ○日							
可児市長 様							
申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日				

※ 「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。

養育医療意見書					
ふりがな			男・女	生年 月日	令和 年 月 日
氏名					
在胎週数		週（単胎/双胎（ <u>単胎</u> ））		出生時の 体重	グラム
症状の概要	1 一般状態	(1)運動不安・痙攣 (2)運動が異常に少ない			
	2 体温	(1)摂氏 34 度以下			
	呼吸器 3 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)				
	診療予定期間		令和 年 月 日 から 令和 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					
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 〒 電話番号 医師氏名					

申請者が記入

養育医療を受給するお子さまの氏名を記入してください

世帯調書

申請者氏名		可児 太郎		本人氏名	可児 花子		
	世帯構成員名	続柄	生年月日 個人番号	職業 (勤務先)	階層 区分	市町村 民税額	備考
児童の属する世帯構成	可児 太郎	父	S〇〇.〇.〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇			記入の必要はありません
	可児 福子	母	H〇〇.〇.〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇			
	可児 一郎	兄	H〇〇.〇.〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
世帯外扶養義務者	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

収入等について、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に基づき、市長が確認を行うことに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日

申請者をご記入ください

申請者氏名（自署）
世帯員氏名（自署）
世帯員氏名（自署）
世帯員氏名（自署）
世帯員氏名（自署）

可児 太郎
可児 福子

税情報の確認のための承諾です
同意される扶養義務者本人が署名してください
本人及び18歳未満の兄弟姉妹で未就業のお子さまは記入の必要はありません

委 任 状

可児市長 富田 成輝 様

上記の者を私の代理人と定め、下記の行為を委任します。

母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4に基づく未熟児養育医療の給付にかかる費用の徴収に対して、可児市福祉医療費助成に関する条例に基づく助成として可児市長に対する福祉医療費支給申請およびその受領に関する一切の権限。

令和 〇年 〇月 〇日

診療開始年月日を記入してください

（福祉医療受給者）

住 所 可児市〇〇 〇〇番地

申請者の氏名

氏 名 可児 太郎

受給資格者との続柄 父

対象のお子さまの氏名

福祉医療費受給資格者氏名	可児 花子
福祉医療費受給者番号	〇〇〇—〇〇〇〇〇〇〇〇

福祉医療費受給者証に記載されている番号を記入してください