

| 養育医療意見書 | | | | |
|--------------|---------------------|---|------------|----------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 |
| 氏名 | | | 出生時の 体重 | グラム |
| 在胎週数 | 週（単胎/双胎（胎）） | | | |
| 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 | | |
| | 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 持続静脈内注射 | 人工換気療法 その他の医療 | 酸素吸入 | 経管栄養 |
| 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 | | | | |

世帯調書

| 申請者氏名 | | | | 本人氏名 | | | |
|------------|--------|----|------|-------------|----------|------------|----|
| | 世帯構成員名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 (勤務先) | 階層 区分 | 市町村 民税額 | 備考 |
| | | | 個人番号 | | | | |
| 児童の属する世帯構成 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 年 月 日

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）

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 年 月 日

(福祉医療受給者)

住 所 _____

氏 名 _____

受給資格者との続柄 _____

| | |
|--------------|--|
| 福祉医療費受給資格者氏名 | |
| 福祉医療費受給者番号 | |