

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
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) チアノーゼ発生を繰り返す (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<だん>	(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 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 郵便番号  電話番号 医師氏名			
			印
この意見書は必ず医療機関の事務担当者 に確認してもらってください			確認印

様式第1号（第3条関係）

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日 年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号		
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号		
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄	
	居住地	郵便番号		
	電話番号	— —		
被保険者証等の記号及び番号				
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				
備考				
<p>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。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>_____</p> <p>本人との続柄</p> <p>_____</p> <p>申請者氏名 (自署もしくは記名押印)</p> <p>_____</p> <p>電話番号</p> <p>_____</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 向日市長</p>				
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	

記載上の注意

- ・「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下さい。

# 委任状兼同意書

私は、向日市長 安田 守 を代理人と定め、次の事項を委任します。

- 母子保健法第21条の4第1項に基づく未熟児養育医療における、自己負担限度額の範囲内での京都子育て支援医療費の請求行為及びその受領に関する一切の権限

また、未熟児養育医療の給付申請にあたり、給付決定に必要な申請者、受給者及び扶養義務者の住民情報ならびに住民税情報を市が確認（調査）すること、乳児家庭全戸訪問事業の実施に必要な情報を所管課に情報提供することについて同意します。

年 月 日

住 所

申請者氏名

(記名又は押印)

同意者氏名

(記名又は押印)

受療者氏名

世 帯 調 書

申請者氏名		本人氏名	
-------	--	------	--

	世帯構成員名	乳児との続柄	生年月日	※市町村民税	
				※均等割額	※所得割額
児童の属する世帯構成		本人	大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
			大・昭・平・令 . .	円	円
世帯外扶養義務者	氏名		大・昭・平・令 . .	円	円
	住所				
	氏名		大・昭・平・令 . .	円	円
	住所				
合 計				円	円

※ 市記入欄

階層区分		負担上限額	
			円

記載要領

- ・ ※欄は記入しないでください。
- ・ 世帯構成員名の欄には、本人を含めて本人と生計を一にしている全世帯構成員者を記入して下さい。
- ・ 扶養義務者とは、父母、祖父母、養父母、兄弟姉妹その他家庭裁判所で扶養の義務を負わされた叔父、叔母等をいいます。
- ・ 世帯外扶養義務者とは、世帯構成員以外で本人を扶養している方のことです。

様式第4号（第5条関係）

養育医療給付継続申請書				
受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
受給者番号		交付年月日	年 月 日	今までの有効期間 年 月 日
継続診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
<p>上記のとおり養育医療の継続給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>_____</p> <p>本人との続柄</p> <p>_____</p> <p>申請者氏名 <small>（自署もしくは記名押印）</small></p> <p>_____</p> <p>電話番号</p> <p>_____</p> <p>（宛先）向日市長</p>				
医師の意見				
継続を必要とする理由及び治療方針				
継続を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名称</p> <p>_____</p> <p>担当医師氏名</p> <p>_____ 印</p>				
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	