

【記載例】

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

本人の誕生日

医療保険上の扶養義務者と

①申請者 ②扶養義務者

③同意者 ④申請者

は、同一の方としてください

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

①

本人との続柄

電話番号（自宅）

（その他の連絡先）

養育医療給付申請書

別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。

本 人	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ	個人番号	
	現 在 地	入院中の医療機関の住所		
扶 養 義 務 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	職 業	
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ	個人番号	個人番号が不明の場合は 記入不要です
医 療 保 険 等	医療保険の種別	国保・健保（政府・組合）・船保・共済 その他（ ）		
	保険者等の名称			
	記号・番号			
希望する指定養育医療 機 関 の 名 称				
希望する指定養育医療 機 関 の 所 在 地				
備 考				

制度の説明を受け、自己負担金を納入します。

費用負担区分認定のため、世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

申請時に説明を受けた後に記入します

氏 名

③

入院中の医療機関の主治医が記入

様式第3号（第3条関係）

養 育 医 療 意 見 書			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
居 住 地		出生時の体重	g
		在胎週数	週 日
症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安 けいれん (2) 運動異常	
	2 体 温	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) 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 時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物、血性便がある	
	5 黄 だ ん	(1) あり（強・中・弱） (2) なし	
	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	安静 入院 通院 保育器の使用 酸素吸入 鼻こう栄養 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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 医療機関の名称 医療機関の所在地 医師氏名 印 </div>			

備考 指定養育医療機関を転院する場合は、「症状の経過欄」へ転院を必要とする理由を記載してください。

世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名				
未 熟 児 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員名	続柄	生年月日	個人番号	職場 (勤務先)	階層 区分	市町村民税 額等	備 考	
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: yellow; padding: 10px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ・お子さんと生計を一つにする方全員について記入してください ・個人番号が不明の場合は記入不要です </div>						記 入 不 要		
世 帯 外 扶 養 義 務 者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								
		計							

注 市町村民税額等を証明する書類を添付すること。

課税台帳の閲覧に同意する場合は添付不要です

様式第 20 号

委 任 状

私は、奥州市長を代理人と定め、次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 の規定に基づく未熟児養育医療の徴収費用額にかかる奥州市子ども、妊産婦及び重度心身障害者医療費給付条例の医療費給付金を申請及び受領し、当該医療費給付金を未熟児養育医療の徴収費用額として充てること及びそれに附帯する一切の権限

年 月 日

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ ④ _____

(子ども医療費受給資格者)

受給者証番号 _____

不明の場合は記入不要です

住 所 _____

氏 名 _____

申請者との続柄 _____