

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書						
本 人	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号 豊岡市				
人	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名			本人との続柄		
	居住地 (住所)					
	電話番号	☎自宅()		—	勤務先() —	
被保険者証等の 記号及び番号				(保険者番号) 被保険者等の名称		
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通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 豊岡市</p> <p>本人との続柄 職業</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">豊岡市長様</p>						
申請受付年月日					決定年月日	

- 注 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
- 2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。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。
- 3 「居住地」の欄は、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ください。
- 4 申請書には、『養育医療意見書』と『世帯調書兼同意書』を添付してください。

様式第2号（第4条関係）

養育医療意見書			
ふりがな		性別	男・女
未熟児氏名		生年月日	年 月 日
在胎週数	週 (単胎/多胎(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 ^{だん} 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)		
入院予定 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

医療機関の所在地

〒

医療機関の名称

電話番号

医師氏名

様式第3号（第4条関係）

世帯調書兼同意書

母子保健法第21条の4に基づく事務手続の処理のため、市町村民税に関する情報について取得することに同意します。

申請者の氏名				未熟児氏名				
未熟児の属する世帯構成	氏名 (自署)	未熟児との続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	個人番号	備考	
世帯外扶養義務者								

- 注 1 世帯外扶養義務者備考欄には、世帯外扶養義務者の住所を記入してください。
 2 未熟児本人を含む、未熟児と生計を一にする方全員が対象となります。
 3 市町村民税に関する情報の取得に同意する者は、氏名欄を自署してください。