

(様式第1)

養 育 医 療 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先)

東 海 市 長

三

申請者 住 所

(電話番号

印

氏 名

(受療者との続柄)

個人番号

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏名								
	住所地 (住民票所在地)	〒							
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒							
	生年月日	令和	年	月	日生	性別 男・女			
	個人番号								
医療保険各法の記号及び番号									
被保険者等の名称									
指定医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ 場合は省略可能)								
	名称								
診療予定年月日		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
(添付書類) 1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類									

注) マイナ保険証、資格確認書、有効期限内の紙の保険証、資格情報のお知らせ、マイナポータル画面等)を持参してください。

注)裏面の世帯調書も記入してください。

注)申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては、省略することができます。

注)「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注)「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下さい。

注)申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

受付者		入力者		確認者	
-----	--	-----	--	-----	--

(様式第2)

県番号	点数表	医療機関コード

養 育 医 療 意 見 書						
ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日生
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 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
現 医 在 受 け て い る 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 経 状 の 過						
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 〒 TEL 医 師 氏 名						

事務担当 者確認印

(様式第3)

世 帯 調 書										
		世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業(勤務先)	階層区分	年間 市町村民税額	備考
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成										
世帯 外 扶 養 務 者	氏 名									
	住 所									
	氏 名									
	住 所									
上記内容に相違ありません。 なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料(必要に応じ世帯員分を含む。)及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。 令和 年 月 日 申請者 氏名 (宛先) 東 海 市 長										

委 任 状

令和 年 月 日

東海市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

- 1 東海市養育医療の給付に対する徴収金の額の範囲内における、東海市子ども医療費の請求行為及びその受領に関する一切のこと
- 2 東海市養育医療の給付に対する徴収金に、東海市子ども医療助成費を充てること

委任者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____

フリガナ 子ども氏名								
生 年 月 日	令和 年 月 日							
子ども医療 受給者番号	3	2	3					