

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		男・女	生年 月日	令和 年 月 日
	居住地				
	現在地 <small>（居住地と異なる場合）</small>				
扶養義務者	ふりがな 氏名			本人と の続柄	
	居住地				
	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 機関の所在地及び名称 <small>（所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）</small>					
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>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名（自署）</p> <p>本人との続柄 電話番号</p> <p style="text-align: right;">香美町長 様</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- ・ 「居住地」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。

様式第2号（第4条関係）

養育医療意見書			
ふりがな 氏名		男・女	生年 月日 令和 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・痙れん (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 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。			
令和 年 月 日			
医療機関 所在地 名称 電話番号 医師氏名			
㊟			

様式第3号（第4条関係）

世 帯 調 書								
申請者の氏名					本人氏名			
本人の属する世帯構成	氏名	本人との続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	年間所得税額	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 この調書には、生活保護法による保護を受けている場合にはその証明書、その他の場合には所得税及び市町村民税の課税状況の証明書を添付してください。
- 3 本人と生計を一にする方全員（18歳未満で未就業の者を除く）が対象となります。