

様式第3号(第4条関係)

令和 年 月 日

一関市長 様

申請者 郵便番号 〒
住 所 一関市

本人との続柄
申請者氏名
電話番号 ()

養育医療給付申請書

母子保健法第20条の規定に基づく養育医療の給付を受けたいので、一関市母子保健法施行規則第4条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

本人	ふりがな 氏 名		男 女	生年 月 日	令和 年 月 日生
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 一関市		個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏 名			本人と の続柄	父・母・()
	居 住 地	〒 一関市			
	電話番号	()		個人番号	
保険種別		国保・健保(協会・組合)・船保・共済・その他()			
被保険者証等の 記号及び番号		記号	番号	被保険者等の名称 (被保険者証の 発行機関名)	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地		〒			
備 考					

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。
- ・「所在地」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ください。

様式第4号(第4条関係)

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日
氏名					
居住地	〒 一関市				
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 けいれん (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時間以上おう吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある			
	5 黄だん	(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	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 医療機関の名称及び所在地 〒 電話番号 医師氏名					

様式第5号(第4条関係)

世 帯 調 書

※太枠内を記入してください

申請者氏名 (保護者)						本人氏名			
未 熟 児 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員 氏 名	続 柄	性 別	生年 月日	個人 番号	職 場 (勤務先)	階 層 区 分	市町村民税 等	備考
				男・女					
				男・女					
				男・女					
				男・女					
				男・女					
				男・女					
				男・女					
世帯外扶養義務者	氏名		男・女						
	住所								
	氏名		男・女						
	住所								

課税状況確認の同意書

一関市長 様

私は、下記手続きに必要な世帯状況の確認のため、課税台帳の閲覧・資料の提供（※情報提供ネットワークシステムを介した該当年度にかかる地方税関係情報の照会を含む。）が行われることについて同意します。

対象となる手続き（該当するものを○で囲んでください。）

〔 育成医療 ・ 養育医療 〕

令和 年 月 日

同意者	フリガナ	
	氏 名	(申請者)
同意者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

※情報ネットワークシステムとは、マイナンバーによる世帯の課税台帳等の照会可能なシステムです。

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 申請者と同居の場合は、□に✓点のチェックをしてください。
(住所の記入は省略できます。)
- 3 同世帯員が書ききれない場合は、欄外へ記入してください。

氏 名 (フリガナ) _____

氏 名 (フリガナ) _____

