

養育医療給付申請書					
本 人	ふりがな	はすだ いちろう	男・女	生年月日	令和〇年〇月〇日
	氏名	蓮田 一郎			
人	住所地 (住民票所在地)	〒349-0193 蓮田市黒浜2799-1	個人番号	123456789012	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 - ※病院等に入院しているときはその住所を記入			
扶 養 義 務 者	ふりがな	はすだ たろう	本人との続柄	父	
	氏名	蓮田 太郎			
	居住地	〒349-0193 蓮田市大字黒浜2799-1			
	電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	個人番号	234567890123	
被保険者証等の 記号及び番号		111・2222（保険証を見て記入）			
保険者等の名称		〇〇〇健康保険組合（保険証を見て記入）			
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ 場合は省略可能)		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2 〇〇〇病院			
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>なお、蓮田市において必要があると認めるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の住民基本台帳情報、市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。照会するにあたっては、関係する担当課その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。また、この申請に関する情報を、上記医療機関に提供することに同意します。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 〒349-0193 蓮田市大字黒浜2799-1</p> <p style="text-align: right;">氏名 蓮田 太郎 (自署又は記名押印)</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 父</p> <p style="text-align: right;">電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇</p> <p>(宛て先) 蓮田市長</p>			
申請受付年月日		決定年月日			

お名前が未定の時は、
決まり次第
ご連絡ください。

電話番号は、日中、
連絡のつく番号（母の
携帯電話など）を記入
してください。

- 注 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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。

養育医療意見書			
ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
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時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある。 (4) 血性便がある。	
	5 黄疸 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	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		
病状の経過			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地</p> <p>郵便番号</p> <p>電話番号</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

注 症状の概要の欄等は、該当箇所を○で囲んでください。