

養育医療（継続）給付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり養育医療の（継続）給付を申請します。

乳 児	ふりがな			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	個 人 番 号			
	居 住 地			
	現 在 地			
扶養義務者	ふりがな			
	氏 名			
	個 人 番 号			
	職 業		乳児との続柄	
	居 住 地			
医療保険各法の記号及び番号				
保 険 者 等 の 名 称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地				
備 考				

様式第4号（第4条、第5条、第6条関係）

養育医療意見書			
ふりがな		性 別	生 年 月 日
乳児氏名		男 ・ 女	年 月 日
居 住 地		出生時の体重	グラム (在胎週数 週 日) (単胎／双胎 (胎))
症 状 の 概 要	1 一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれんがある。 (2) 運動が異常に少ない。	
	2 体 温	摂氏34度以下である。	
	3 呼 吸 器 循 環 器	(1) 強度のチアノーゼが持続する。 (2) チアノーゼ発作を繰り返す。 (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある。 (4) 呼吸数が毎分30以下である。 (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している。 (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した。 (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 ・ その他の医療 ()	
症 状 の 経 過			
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 名 称 所在地 医 師 の 氏 名 ㊞			

(注) 指定養育医療機関の医師が記載してください。

様式第5号（第4条、第5条、第6条関係）

世 帯 調 書

申 請 者 氏 名					乳 児 氏 名			
乳 児 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員の氏名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	階層 区分	所 得 税 額	備考
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	世 帯 外 扶 養 義 務 者	氏名						
個人番号								
住所								
氏名								
個人番号								
住所								

（注）世帯外扶養義務者の欄は、乳児と別世帯で、現に当該乳児に対して扶養義務を履行している者を記載してください。

子ども医療費 委任状

(あて先) 掛川市長

下記の未熟児養育医療給付にかかる扶養義務者負担金について、子ども医療費助成制度により充当するよう委任します。

記

受 給 者 氏 名 (子ども)	男 ・ 女 (生年月日 令和 年 月 日)
未熟児養育医療 給付申請期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
子ども医療受給者証 受給者証番号	

令和 年 月 日

委任者 (扶養義務者)

住 所

氏 名

印

(受給者との続柄)