

様式第1号（第3条関係）

初回・継続

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名	たがじょう たろう 多賀城 太郎	男・女	生年月日	令和3年1月1日
	居住地 (住民票所在地)	多賀城市中央2丁目1-1 史都ハイツ201			
	現在地 (所在地と異なる場合)		個人番号	123456789000 (12桁のマイナンバー)	
扶養者	氏名	多賀城 一男	本人との 続柄	父	
	居住地	多賀城市中央2丁目1-1 史都ハイツ201			
	電話番号	父 090-0000-0000 母 080-0000-0000	個人番号	123456789111 123456789222	
被保険者証等の種別	全国健康保険協会、健康保険組合、船員保険、共済組合、 国民健康保険、生活保護、その他（ ）				
被保険者証等の 記号及び番号	12345678 9	保険者等 の名称	全国〇〇保険協会		
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地	病院名と所在地				
備考					
母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。					
令和3年1月4日					
申請者住所 多賀城市中央2丁目1-1 史都ハイツ201					
申請者氏名 多賀城 一男					
本人との続柄 父					
電話番号 090-0000-0000					
多賀城市長 殿					
申請受付年月日		決定年月日			

児のマイナンバーが不明の場合空欄で構いません。

児の健康保険証がまだない場合、扶養に入る保護者の記載事項をご記入ください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

養育医療意見書					
ふりがな 氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))		出生時の体重	g	
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	(1) 体温が摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向にある (4) 呼吸数が毎分 3 0 以下である (5) 出血傾向が強い			
	4 消化器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上おう吐が持続している (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 (2) 異常に強い			
	その他の所見 (合併症の有無等)				
診察予定期間	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					
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
医療機関 所在地 名称 担当医師名					
多賀城市長 殿					

担当の医師が記入する用紙です。

世帯調書

申請者氏名		多賀城 一男			未熟児（本人）氏名		多賀城 太郎		
本人の属する世帯構成	世帯構成員氏名	続柄	性別	生年月日 個人番号	職業（勤務先）	生保受給	市町村民税 均等割 所得割		市町村民税 所得割額
	多賀城 太郎	本人		R3. 1. 1 123456789000					円
	多賀城 一男	父		H2. 10. 1 123456789111	会社員 〇〇(株)				円
	多賀城 史子	母		H2. 12. 1 123456789222	公務員 △△市				円
	多賀城 都子	姉		R1. 5. 1 123456789333					円
									円
									円
世帯外扶養義務者									円
	住所								円
	住所								円
※市記入欄		世帯の合計市町村民税所得割額				円	階層区分		
		特記事項							

太枠のみ記載してください。
 児のマイナンバーが不明の場合空欄で構いません。

- 注意
- 1 太枠の中を記載してください。
 - 2 世帯構成員とは、未熟児本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記載してください。
 - 3 世帯外扶養義務者とは、世帯構成員以外で現に未熟児本人を養育している扶養義務者（父、母、祖父母、養父母、兄弟姉妹、その他民法第877条第2項の規定により家庭裁判所で扶養の義務が負わされた叔父叔母等の者）です。
 - 4 市町村民税等を証明する関係書類を必ず添付してください。ただし、未熟児本人又は18歳未満の扶養義務者で、未就業であれば省略可です。

市区町村民税等調査同意書

令和3年1月4日

多賀城市長 殿

（申請者）住 所 多賀城市中央2丁目1-1 史都ハイツ201
氏 名 多賀城 一男

（世帯員）氏 名 多賀城 一男
氏 名 多賀城 史子
氏 名 多賀城 都子
氏 名 多賀城 太郎
氏 名

私及び私の世帯員の市区町村民税課税状況及び所得の状況について、母子保健法第21条の4第1項に規定する養育医療の給付に要する費用の徴収に関する事務に必要な範囲において、調査することに同意します。

委任状及び承諾書

令和3年1月4日

多賀城市長 殿

（委任者） 住 所 多賀城市中央2丁目1-1
史都ハイツ201
氏 名 多賀城 一男

私は、多賀城市未熟児養育医療給付申請を行うに当たり、多賀城市長を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、未熟児養育医療自己負担金の決定に当たり、子ども医療費助成の受給資格等について確認することが必要な場合には、子ども医療費助成の担当部署に照会することを承諾します。

記

私が多賀城市に納付すべき未熟児養育医療自己負担金に係る、子ども医療費の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限

- 医療費助成の受給者番号
123456789
- 医療費助成の受給対象者氏名
多賀城 太郎

子ども医療費助成を受給している児の受給者証に受給者番号が記載されています。
申請中で受給者証がない場合、番号は空欄で構いません。
申請は国保年金課にてお手続きください。