

(様式第2号)

養育医療給付申請書										
ふりがな 本人氏名		負担者 番号	2	3	3	8	6	1	6	2
個人番号		受給者番号								
ふりがな 扶養義務者氏名		電話 番号	自宅	()						
個人番号		番号	職場	()						
扶養義務者 住所										
被保険者証の 記号及び番号		保 険 者 名								
希望する指定 養育医療機関 の 名 称										
備 考										
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。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 ⑩ 砥部町長 様										
申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日							
自己負担金 徴収基準月額	円	決 定 給付期間	年 月 日から 年 月 日まで							

- 注1 備考欄には、他の医療費公費負担制度を受給している場合に、その内容を記入すること。
2 世帯調書の裏面の注意事項に記載している書類を添付のこと。
3 申請者の氏名⑩欄は、自署又は記名押印のこと。

(様式第3号)

養 育 医 療 意 見 書			
氏 名		生年月日	年 月 日
出生時の体重	グラム	性別	男 ・ 女
在胎週数	週 日	出生場所	
症 状 注：該当する項目全てにレ印を付けてください			
1. 一般状態	<input type="checkbox"/> 重症仮死 <input type="checkbox"/> 神経学的異常	<input type="checkbox"/> 運動に問題がある <input type="checkbox"/> 痙攣がある <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない	
2. 体 温	<input type="checkbox"/> 低体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下	
3. 呼 吸 器 循 環 器	<input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 循環不全 <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い	
4. 消 化 器	<input type="checkbox"/> 消化管出血	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある	
5. 黄 疸	<input type="checkbox"/> 重症黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発現 <input type="checkbox"/> 異常に強い黄疸あり	
その他合併症等	<input type="checkbox"/> 染色体異常 <input type="checkbox"/> 奇形症候群 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患	<input type="checkbox"/> その他 ()	
症状の経過			
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	<input type="checkbox"/> 保育器の使用・ <input type="checkbox"/> 人工換気療法・ <input type="checkbox"/> 酸素吸入・ <input type="checkbox"/> 経管栄養・ <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射・ <input type="checkbox"/> その他の医療 ()		
備 考			
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関 名 称 所 在 地 電 話 番 号 医 師 氏 名 印			

(様式第4号)

世 帯 調 書								
申請者氏名 (個人番号)		()			本人氏名 (個人番号)		()	
本人の 属する 世帯の 構成員	世帯構成員氏名 (個人番号)	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	階層区分	市町村 民税額	備 考
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
世帯外 扶養 義務者	氏名 (個人 番号)	()						
	住所							
	氏名 (個人 番号)	()						
	住所							

《記載要領》

- 1 「本人の属する世帯」とは、本人及びこれと生計を同じくする者により構成される世帯をいいます。「本人の属する世帯の構成員」の欄は、本人を含めて、全世界帯構成員を記載してください。
- 2 「扶養義務者」とは、民法第877条に規定する直系血族及び兄弟姉妹並びに家庭裁判所により扶養の義務を負わされた3親等内の親族をいいます。「世帯外扶養義務者」の欄は、世帯構成員以外で現に本人を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。
- 3 「階層区分」、「市町村民税額」及び「備考」の欄は、記載する必要はありません。

(様式第5号)

<h1>養育医療券</h1>			
(病院・診療所用)			
負担者番号	2 3 3 8 6 1 6 2	受給者番号	
交付年月日			
被保険者証の 記号番号			
保険者名			
本人	氏名		
	生年月日		
申請者	氏名		
	生年月日		
	続柄	職業	
	住所		
指定養育 医療機関			
診療予定期間			
この券の 有効期間			
上記のとおり決定する。			
砥部町長 印			

(様式第6号)

第 号
年 月 日

(申 請 者) 様

砥部町長



医 療 給 付 不 承 認 通 知 書

年 月 日付けで、 申請のあった に対する
母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付については、次の理由により給付を
行わないことに決定したので通知します。

申 請 者	住 所	
	氏 名	
扶養義務者	住 所	
	氏 名	
本 人	氏 名	(生年月日 年 月 日)
希望する指定養育 医療機関の名称		
給付を行わない こととした理由		
備 考	1 この決定に不服があるときは、この決定のあったことを知った日の翌日から起算して60日以内に砥部町長に対し、異議申立てをすることができます。 2 この決定の取消しの訴えは、この決定のあったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に砥部町を被告として(砥部町長が被告の代表者となります。)提起することができます。ただし、1の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に決定の取消しの訴えを提起することができます。	

(様式第7号)

養育医療給付継続（変更）協議書			
ふりがな 本人氏名		生年月日	年 月 日
扶養義務者 氏名		本人との続柄	
扶養義務者 住所			
受給者番号 (医療券番号)		有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
継続（変更） の必要期間	年 月 日から 年 月 日まで		
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続（変更）の必要があるので、別紙関係書類を添えて協議します。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>指定養育医療機関 所在地</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名 ㊟</p> <p>砥部町長 様</p>			
協議受付 年月日	年 月 日	決 定 年月日	年 月 日
自己負担金 徴収基準月額	円	決 定 給付期間	年 月 日から 年 月 日まで

(様式第8号)

養育医療の継続（変更）に関する診断書				
本人氏名		生年月日	年 月 日	
本人住所				
当初の主要症状の概要		体重	出生時	g
			現在	g
これまでの症状の経過及び現症				
医療の継続（変更）を必要とする理由等				
継続（変更）の結果による回復状況の見込み				
その他				
継続（変更）に要する医療費等概算額	入院治療費	円	移送費見込額（B）	円
	看護料	円		
	医療費概算額計（A）	円	医療費等概算額合計額（A+B）	円
<p>上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>指定養育医療機関 所在地</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名 ㊟</p>				

注 不要の文字は、抹消すること。

(様式第9号)

医療継続（変更）承認書			
(養育医療)			
負担者番号	23386162	受給者番号	
交付年月日			
被保険者証の 記号番号			
保険者名			
本人	氏名		
	生年月日		
申請者	氏名		
	生年月日		
	続柄	職業	
	住所		
指定養育 医療機関			
診療予定期間			
この券の 有効期間			
上記のとおり医療の継続（変更）を承認する。			
砥部町長 印			

(注) この承認書は、養育医療券に添付すること。

(様式第 10 号)

医 療 券 再 交 付 申 請 書					
ふりがな 本人氏名		歳	男・女	生年月日	年 月 日
扶養義務者 氏名			本人と の続柄		職業
扶養義務者 住所		電 話 番 号	自宅	()	
			職場	()	
受給者番号 (医療券番号)		有 効 期 間	自 至	年 月 日 年 月 日	
医療券を紛失又 は棄損した時期	年 月 日				
医療券を紛失又 は棄損した理由					
備 考					
上記のとおり医療券を紛失・棄損したので再交付を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 ⑩ 砥部町長 様					
申請受付年月日	年 月 日	再交付決定年月日	年 月 日		

注 紛失・棄損のうち不要の文字は抹消すること。