

様式第1号 (第2条関係)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	〒			
	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		
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証等の 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 (所在地は本人現在地と同じ 場合は省略可能)					
備考					
<p>別添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>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 (自署又は記名押印)</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">葛城市長 様</p>					
申請受付年月日				決定年月日	

記入上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「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。
- ・「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、帰省先を記入してください。

様式第2号 (第2条関係)

養育医療意見書					
ふりがな		性		生年月日	
氏名		別	男・女		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・痙攣 (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	(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    人口換気療法    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					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>					

## 世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名		
本人の属する世帯構成	世帯構成員名	乳児との続柄	性別	生年月日	階層区分	所得税額	備考
世帯外扶養義務者	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

注1 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に乳児に対して扶養を実施している扶養義務者がいる場合にのみ記入してください。

2 この調書には、生活保護法による保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合にはその証明書、その他の場合には所得税及び市町村民税の課税状況の証明書を添付してください。