

養育医療給付申請書

本人	ふりがな								男・女	生年月日	年 月 日		
	氏名												
	居住地												
	現住地												
	個人番号												
扶養義務者	氏名								本人との続柄				
	居住地												
	電話番号												
	個人番号												
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													
備考													
<p>別紙関係書類を添えて、上記の通り養育医療の給付を申請します。 堺市において必要があると認めるときは、税務担当課又は福祉担当課に、私及び別紙世帯調書(様式第6号)に記載の私の世帯員の課税状況等について確認されることに同意します。 このことは、私の世帯員の同意を得ています。 また、本申請に関する情報(個人番号を除く。)を、上記医療機関に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">(〇)</p> <p>申請者住所</p> <p>ふりがな</p> <p>申請者氏名 ㊞</p> <p>申請者生年月日 年 月 日</p> <p>本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">堺市長 殿</p>													

注意 申請者本人が氏名を自書する場合は押印を省略することができます。

世 帯 調 書

申請者氏名						本人氏名					
児童の属する世帯構成	(1) 世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	(2) 階層 区分	(3) 所得税額	(4) 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										
	個人番号										
	個人番号										
	(5)世帯外扶養義務者	氏名									
個人番号											
住所											
氏名											
住所											

養育医療意見書

ふりがな				性別	生 年 月 日							
氏 名				男・女	年 月 日							
居 住 地				出 生 の 場 所								
				1 自院	2 他院	3 その他						
出生時の体重		g	在胎週数	満 週	アップガースコア	生後1分 点 生後5分 点						
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 摂氏34度以下										
	3 呼 吸 器 循 環 器	1 強度のチアノーゼが持続している。		4 呼吸数が毎分30以下である。								
		2 チアノーゼ発作を繰り返す。		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。		3 血性吐物・血性便がある。								
		2 生後48時間以上嘔吐が持続している。										
5 黄 疸	有 [生後()時間に発生] ・ 無			強度	強・中・弱							
	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(予定)								
現 在 受 け て い る 医 療		1 保育器の使用		2 酸素吸入		3 人工呼吸器の使用						
		4 鼻くう栄養		5 輸液		6 交換輸血						
		7 光線療法		8 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												
医療機関コード		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
指定養育医療機関		所在地										
		名 称										
		医師氏名 (印)										

注意

- 1 本意見書の交付に当たっては、医事担当者を経由してください。
- 2 医療機関コードは、必ず記入してください。