

養育医療給付申請書

公費負担者番	2	3	4	0	6	4	0	8	受給者番号														
本人	氏名	男 女 令和 . . 生																					
	居住地													個人番号									
	電話番号													個人番号									
	現在地																						
扶養義務者	氏名													職業						本人との続柄			
	居住地													個人番号									
	電話番号													個人番号									
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保										被保険者証等の記号及び番号					記号					番号		
指定養育医療機関	名称																						
	所在地																						
診療予定期間	令和 . . から 令和 . . まで																						
この券の有効期間	令和 . . から 令和 . . まで																						
自己負担額	A	B	C	D	月額					円		出生時 体重							g				

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 . .

本人との続柄

岡垣町長 殿

印

生

受 付 印

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年	年 月 日
		第	子	月日	
居住地	電話	出生時体重		g	
		在胎週数		週	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常			
	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) 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・血性便がある			
	5 黄 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし			
	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	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 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					
医療機関の名称 及び所在地					
医 師 氏 名 印					

同意書

岡垣町長 様

私は、母子保健法第21条の4に基づく未熟児養育医療の給付決定に関し、必要のあるときは、岡垣町が私の世帯や課税等の状況について、住民基本台帳・税務資料その他公簿により必要な情報を照会することに同意します。

令和 年 月 日

養育医療給付申請者

住所 _____

氏名 _____

同一世帯員

※本人が手書きしない場合は記名押印してください

住所 _____

氏名 _____ ※

住所 _____

氏名 _____ ※

住所 _____

氏名 _____ ※

住所 _____

氏名 _____ ※