

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名				男・女
	生年月日	令和      年      月      日	電話      (      )		
	住所	〒			
申請者	ふりがな 氏名			本人との続柄	
	生年月日	昭・平      年      月      日	電話      (      )		
	住所	〒			
被保険者証等の 記号及び番号	記号	番号	保険者番号		
			保険者名		
<p>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>※申請にあたり、青戸保健センター所長が私及び世帯構成員の住民基本台帳及び課税台帳を閲覧すること並びに養育医療給付申請書及び養育医療意見書をお子様の健診を担当する葛飾区の各保健センターに情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">葛飾区長 殿</p>					
受付印			主管課 受付印		

(注) 1 養育医療意見書 2世帯調書 及び 3 所得税証明書等を添付すること。

# 養育医療意見書

氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
居住地				出生時の体重 <span style="float: right;">グラム</span>
				在胎週数 <span style="float: right;">週(単胎/双胎(胎))</span>
症状の概要	1 一般状況	(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・血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 <span style="float: right;">(2) 異常に強い</span>		
	その他の所見 (合併症の有無等)			
診療予定期間	令和 年 月 日 から 令和 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    人工換気療法    酸素吸入    鼻腔栄養    注射その他の医療			
症状の経過				
<p><b>上記のとおり診断する。</b></p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p>				



葛飾区長あて

## 同意書

下記の者は、葛飾区長が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って平成・令和 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無

### 同意書の記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

※1月1日の住民票上の住所欄には下記時点での住所をご記入ください。

治療開始日が1月～6月の方は前年の1月1日

7月～12月の方は現年の1月1日

# 委任状

私は、青戸保健センター所長を代理人と定め、母子保健法第21条の4第1項及び葛飾区母子保健法施行細則第6条の規定により私から葛飾区長が徴収する養育医療の給付に要する費用の一部について、葛飾区子どもの医療費の助成に関する条例第7条第2項及び葛飾区子どもの医療費の助成に関する条例施行規則第7条第1項第2号の規定により私が葛飾区から医療費の助成を受けることができる場合に、当該助成について申請、請求及び受領する権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者住所 葛飾区 丁目 番 号

氏名

印

(署名または記名押印)