

様式第1号（第3条関係）

初回・継続

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名	たがじょう たろう 多賀城 太郎	男・女	生年月日	平成28年 1月 1日
	居住地 (住民票所在地)	多賀城市中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号			
	現在地 (所在地と異なる場合)	入院中の病院の所在地	個人番号	123456789000 (12桁のマイナンバー)	
扶養者	氏名	多賀城 一男	本人との続柄	父	
	居住地	多賀城市中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号			
	電話番号	父：080-0000-0000 母：090-0000-0000	個人番号	123456789111 (12桁のマイナンバー)	
被保険者証等の種別	全国健康保険協会、健康保険組合、船員保険、共済組合、国民健康保険、生活保護、その他（ ）				
被保険者証等の記号及び番号	12345678 9	保険者等の名称	全国〇〇保険協会		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	病院名と所在地				
備考					
母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。					
平成28年 1月 4日					
申請者住所	多賀城市中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号				
申請者氏名	多賀城 一男				印
本人との続柄	父				
電話番号	080-0000-0000				
多賀城市長					殿
申請受付年月日		決定年月日			

児のマイナンバーが不明の場合空欄で構いません。  
 児の保険証がまだない場合、扶養に入る保護者の保険証の記載事項をご記入ください。

様式第2号（第3条関係）

養育医療意見書					
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))			出生時の体重	g
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) 体温が摂氏34度以下である			
	3 呼吸器循環器	(1) 強度のチアノーゼが持続する (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある (4) 呼吸数が毎分30以下である (5) 出血傾向が強い			
	4 消火器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上おう吐が持続している (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある			
	5 黄たん	(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)				
診察予定期間	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 人工換気療法 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					
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
医療機関 所在地 名称 担当医師名					
					印
多賀城市長					殿

世帯調書

申請者 氏名		多賀城 一男			未熟児 (本人) 氏名		多賀城 太郎		
本人の 属する 世帯構成	世帯構成員 氏名	続柄	性別	生年月日 個人番号	職業 (勤務先)	生保 受給	市町村民税 均等割 所得割		所得税額
	多賀城 太郎	本人	男	H28.1.1 123456789000					円
	多賀城 一男	父	男	S50.7.9 123456789111	会社員 〇〇(株)				
	多賀城 史子	母	女	S51.11.24 123456789222	主婦				
	多賀城 都子	姉	女	H20.2.12 123456789333	小学生				円
									円
									円
世帯外 扶養義務者								円	
	住所							円	
	住所							円	
※市記入欄		世帯の合計所得税額			円	階層区分			
		特記事項							

市町村民税、所得税額の欄は記入しないで下さい。  
 児のマイナンバーが不明の場合  
 空欄で構いません。

- 注意
- 1 太枠の中を記載してください。
  - 2 世帯構成員とは、未熟児本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記載してください。
  - 3 世帯外扶養義務者とは、世帯構成員以外で現に未熟児本人を養育している扶養義務者（父、母、祖父母、養父母、兄弟姉妹、その他民法第877条第2項の規定により家庭裁判所で扶養の義務が負わされた叔父叔母等の者）です。
  - 4 所得税等を証明する関係書類を必ず添付してください。ただし、未熟児本人又は18歳未満の扶養義務者で、未就業であれば省略可です。

市民税等調査同意書

平成28年 1月 4日

多賀城市長 殿

(申請者) 住 所 多賀城市中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号  
氏 名 多賀城 一男 印

(世帯員) 氏 名 多賀城 一男 印  
氏 名 多賀城 史子 印  
氏 名 多賀城 都子 印  
氏 名 多賀城 太郎 印  
氏 名 印

私の市民税課税状況及び所得の状況について、養育医療給付事務に必要な範囲において、調査することに同意します。


課税する年の1月1日に多賀城市に居住していた者の分のみ氏名をご記入ください。  
なお、印鑑は同一のもので構いません。

様式第14号（第14条関係）

委任状及び承諾書

平成28年 1月 4日

多賀城市長 殿

（委任者） 住 所 多賀城市中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号  
氏 名 多賀城 一男 

私は、多賀城市未熟児養育医療給付申請を行うに当たり、多賀城市長を代理人と定め、下記の権限を委任します。

また、未熟児養育医療自己負担金の決定に当たり、子ども医療費助成の受給資格等について確認することが必要な場合には、子ども医療費助成の担当部署に照会することを承諾します。

記

私が多賀城市に納付すべき未熟児養育医療自己負担金に係る、子ども医療費の助成申請及び助成金の受領に関する一切の権限

1 医療費助成の受給者番号

123456789

2 医療費助成の受給対象者氏名

多賀城 太郎

子ども医療費助成を受給している児の受給者証に番号が記載されています。申請中で受給者証がない場合、番号は空欄で構いません。申請は国保年金課にてお手続きください。

委 任 状

平成 28 年 1 月 4 日

多賀城市長 殿

(委任者) 住 所 多賀城市 中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号

氏 名 多賀城 一男



私は、多賀城市未熟児養育医療給付の申請について、下記の者を代理人と定め、  
権限を委任します。

記

(受任者) 住 所 多賀城市 中央2丁目1番1号 史都ハイツ201号

氏 名 多賀城 史子

委任者との続柄 妻

書類に記載された申請者と、市役所に  
手続きに来る申請者が異なる場合に必  
要となります。