

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

泰阜村長

様

(〒 ー)

申請者住所

申請者氏名

印

本人との続柄

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

| | | | | | |
|-------------------|---|--------|-------------|----------|-------|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | | |
| 扶養 義務者 | 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 指定医療機関 | 所在地 | (〒 ー) | | | |
| | 名称 | | | | |
| 備考 | <p>1 申請書に添付が必要な書類</p> <p>(1) 「養育医療意見書」</p> <p>(2) 「世帯状況調書」</p> <p>(3) 世帯の所得税額を証明する書類(当村で所得がわからない場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1月1日にお住まいの住所地発行の所得課税証明書 ・当村にお住まいの方で、村県民税の申告をされていない方は税務係にて申告をして下さい。 <p>2 申請時に持参する書類 「被保険者証」等 (郵送の場合は写しを添付)</p> | | | | |
| 申請受付年月日 | | 決定年月日 | | | |

様式第2号(第5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 | 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

医療機関の名称及び所在地

郵便番号

電話番号

医師氏名

印

世帯状況調書

令和 年 月 日

泰阜村長 様

未熟児養育医療給付の申請にあたり、申請者及び世帯員の課税台帳等関係資料を事務担当職員が閲覧することに同意します。

氏名 _____ 印 _____

| 申請者氏名 | | | | | 本人氏名 | | |
|-------------|---------|----|------|---------|-------|-------|-----|
| 乳児の属する世帯構成員 | 世帯構成員氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業(勤務先) | *階層区分 | *所得税額 | *備考 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 世帯外扶養義務者 | (住所) | | | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業(勤務先) | | | |
| | | | | | | | |
| | (住所) | | | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業(勤務先) | | | |
| | | | | | | | |

- 注 1 *欄は記入しないでください。
 2 乳児本人からみた続柄を記入して下さい。
 3 裏面の記載要領を参照し、当村にて世帯及び所得の状況が不明な場合は関係書類を添付して下さい。

当村で世帯状況・課税状況等についてわかる場合は、関係書類にて確認済です。

(裏)

- 1 世帯構成員の欄には、乳児と生計を一にしている者を全員記入して下さい。
- 2 扶養義務者とは、父母、祖父母、養父母、兄弟姉妹その他家庭裁判所で扶養の義務を負わされた叔父、叔母等をいいます。
- 3 世帯外扶養義務者とは、世帯以外で乳児本人を扶養している者のことです。
- 4 所得税等の関係証明書は、扶養義務者全員(18歳未満で未就職であれば不要)の分を添付して下さい。

所得税等の証明書

| 収入(所得税等)状況 | | 添付証明書 | 発行先 |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 1 生活保護を受けている方 | | 生保受給証明書 | 福祉事務所 |
| 2 自分で事業をしている方 (確定申告をしている場合) | | 確定申告書(第1表及び第2表)の控 またはその写し | 税務署 |
| 3 会社等に 勤務し、給 与支払を 受けている 方 | 給与所得だけの場合 (確定申告なし) | 源泉徴収票 | 勤務先 の会社 |
| | 給与所得だけの場合 (確定申告あり) | 確定申告書(第1表及び第2表)の控 またはその写し | 税務署 |
| | 給与所得と事業所得の両方 がある場合 | | |
| | 4 上記証明書の取れない方 | | 所得(課税)証明書又は非課税証明書 |

備考

- (1) 1月から7月までに申請する場合は、前々年分の所得を証明する書類、8月から12月に申請する場合は、前年分の所得を証明する書類を提出して下さい。
- (2) 源泉徴収票又は確定申告書において所得税額が0円である場合は、そのほかに市(区町村)民税の所得(課税)証明書又は非課税証明書を併せて提出して下さい。
- (3) 現在無職であっても前々年分(1~7月申請の場合)又は前年分の(8~12月申請の場合)の所得税が課税されている場合は、所得税を証明する書類を提出して下さい。
- (4) 前々年分(1月~7月申請の場合)又は前年分(8~12月申請の場合)の所得税を課税されている方が2人以上いる場合は、それぞれの証明書を提出して下さい。
- (5) 市(区町村)民税の所得(課税)証明書は、各種控除額が明記されているものを提出して下さい。
- (6) 各種証明書の返却を希望する場合には窓口へ申出てください。

様式第4号(第6条関係)

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 2 | 3 | 2 | 0 | 6 | 4 | 9 | 3 |
| 受給者番号 | | | | | | | | |

| 養 育 医 療 券 | | | | | | | | | |
|---|------|-----------------------------------|----------|--|---------|----------|-------|---|--|
| 交付番号 | | — | | | 交付年月日 | | 年 月 日 | | |
| 被保険者証の 記号及び番号 | | 記号 番号 | | | 保 険 者 名 | | | | |
| 受療者 | 氏 名 | | | | | 出生時の体重 | | g | |
| | 生年月日 | | 年 月 日 | | | 性 別 | | | |
| 申請者 | 氏 名 | | | | | 受療者との続柄 | | | |
| | 住 所 | | 下伊那郡泰阜村 | | | | | | |
| 指定医療機関 | | 名 称 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | |
| 診療予定期間 | | | 年 月 日 から | | | 年 月 日 まで | | | |
| この券の有効期限 | | | 年 月 日 から | | | 年 月 日 まで | | | |
| 徴収費用 | | 1ヶ月 円 | | | 階層区分 | | | | |
| | | この徴収費用は、後日泰阜村から申請者へ別途納付書により請求します。 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり決定します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">泰阜村長 印</p> | | | | | | | | | |

注意事項 指養育医療機関において診療を受ける場合、被保険者証又は組合員証に添えて、この医療券を窓口へ提出してください。

様式第 5 号(第 7 条関係)

| 養育医療継続給付協議書 | | | | |
|--|--|--------|------|-------|
| 本人氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 扶養義務者氏名 | | 本人との続柄 | | |
| 受給者番号 | | | | |
| <p>上記の者の養育医療の給付の継続を必要と認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>泰阜村長 様</p> <p>指定養育医療機関の長 印</p> | | | | |

様式第 6 号(第 7 条関係)

| 意 見 書 | |
|---|--|
| 今までの治療 の具体的方針 | |
| 継続を必要 とする事項 | |
| 治療の具体的方針 | |
| 治療費見込額 | 期間延長に伴い追加を要する見込金額 円 |
| 追加分治療 見込期間 | 年 月 日 までの 日間治療延期を必要とする。 |
| <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;">指定養育医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p> | |

様式第7号(第7条関係)

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 2 | 3 | 2 | 0 | 6 | 4 | 9 | 3 |
| 受給者番号 | | | | | | | | |

| 養 育 医 療 継 続 給 付 承 認 書 | | |
|---|----------------|------------------|
| 医療券交付番号 | | 泰 第 号 |
| 受療者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| 指定養育 医療機関 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 承認の 事項 | 有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで |
| | 1ヶ月間の 徴収費用 | 円 |
| | 医 療 費 概 算 額 | 円 |
| そ の 他 | | |
| <p>上記のとおり承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関の長 様</p> <p style="text-align: right;">泰阜村長 印</p> | | |

様式第 8 号(第 7 条関係)

| 養 育 医 療 券 再 交 付 申 請 書 | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|---|---|-----|-------|---|---|----|--|
| 受 給 者 | 受給者番号 | | | | | | | | | |
| | 有効期限 | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | |
| | 住 所 | (〒) 電話 (- -) | | | | | | | | |
| 再交付申請事由 (該当事項に○) | | 1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他 () | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>届出者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">(受給者との続柄)</p> <p>泰阜村長 様</p> | | | | | | | | | | |

(注) 1 汚損及び破損の場合は、交付済の医療券を添付してください。

様式第 9 号(第 7 条関係)

| | | | | | | | | | |
|--|-------|--|---|---|------------------|-------|---|-----------|----|
| 養 育 医 療 券 記 載 事 項 変 更 届 | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者番号 | | | | | | | | |
| | 有効期限 | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性 別 | 男 ・ 女 | | | |
| | 住 所 | (〒 -) 電話 (- -) | | | | | | | |
| 変更事項 (該当する番号に○) | | 変 更 前 | | | 変 更 後 (追 加) | | | 変 更 年 月 日 | |
| 1 氏名の変更 | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 2 住所の変更 | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 3 加入医療保険の変更 | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 4 その他 | | | | | | | | 年 月 日 | |
| <p>上記のとおり養育医療券の記載事項に変更が生じたので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住 所</p> <p style="padding-left: 150px;">氏 名</p> <p style="padding-left: 150px;">印</p> <p style="padding-left: 100px;">(受給者との続柄)</p> <p>泰阜村長 様</p> | | | | | | | | | |

- (注) 1 交付済み医療券を添付してください。
- 2 氏名及び住所の変更の場合は、住民票を（本人分）を添付してください。
- 3 加入医療保険の変更の場合は、保険証（写）を添付してください。

| | | | |
|--|-----------------|------------------------|-------|
| <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">移 送 等 承 認 申 請 書</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">泰阜村長様</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">申請者住所</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">氏名 印</p> <p style="margin: 10px 0;">このことについて、下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">記</p> | | | |
| 受療者氏名 | | 養育医療券 交付番号 | |
| 担 当 医 師 の 意 見 | 看護を必要とする期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで (日間) | |
| | 移 送 | 移送区間 | から まで |
| | | 移送方法 | |
| | | 移送年月日 | |
| | 看護又は移送を必要と認める事由 | | |
| 費用見積額 | | | |
| <p style="text-align: center; margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0;">指定養育医療機関 の所在地及び名称</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">担当医師氏名 印</p> | | | |
| やむを得ない理由で 事後において申請する ときはその理由 | | | |