

## 世 帯 調 査 書

	世帯構成員名 (個人番号)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	階層区分	市民税所得割額	備考
乳児の属する世帯構成	( )							
	( )							
	( )							
	( )							
	( )							
	( )							
世帯外扶養義務者	氏名			個人番号				
	住所							
	氏名			個人番号				
	住所							
<p>上記内容に相違ありません。</p> <p>なお、この申請の審査に必要な市民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）及び生活保護受給状況を確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年            月            日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: center;">岩 倉 市 長 殿</p>								

※太枠について、対象者（乳児）と生計を同じにしている者全てを記入してください。

県番号	点数表	医療機関コード

養 育 医 療 意 見 書														
ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日 年 月 日生										
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・けいれん (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 期 予 定 間 医 現 在 受 け て い る 療 症 経 状 の 過	年 月 日から 年 月 日まで													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">保育器の使用</td> <td style="width: 20%; border: none;">人工換気療法</td> <td style="width: 20%; border: none;">酸素吸入</td> <td style="width: 20%; border: none;">経管栄養</td> <td style="width: 20%; border: none;">持続静脈内注射</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border: none;">その他の医療</td> </tr> </table>					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				
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														
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 〒 TEL 医 師 氏 名														
				事務担当者名										

# 養 育 医 療 券

交付番号	— 号
------	-----

公費負担者番号				受給者番号				医療機関コード				更新		
受給者	フリガナ								様					
	氏名													
	現住所													
	生年月日		年	月	日	性別								
	疾病名													
保険者番号														
保険の種別		1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 生保 ( )												
有効期間		年	月	日	から	年	月	日	まで					
入院・通院の別		1 入院      2 入院及び通院      3 通院												
所得階層区分		基準月額				円	加算 区分			出生体重	g			
申請者氏名								様	受給者との続柄					
指定医療機関	所在地													
	名称													
上記のとおり決定します。  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>年</span> <span>月</span> <span>日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span>岩</span> <span>倉</span> <span>市</span> <span>長</span> <span>印</span> </div>														

様式第4（第8条関係）

転 院 理 由 書				
ふりがな				
受給者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
医 療 券	公費負担者番号	受給者番号		
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日		
転院年月日		年 月 日		
転院の理由				
(受給者氏名) _____ について、上記理由により転院を必要とする。  年 月 日  指定医療機関名 及 び 所在地  医師名				

## 養育医療券再交付申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者

住所

氏名

次のとおり養育医療券の再交付を申請します。

受療者名		続柄		生年月日	年 月 日生
受給者番号		交付年月日			年 月 日
紛失（き損）年月日	年 月 日				
紛失（き損）の理由					
備考					



様

### 移送承認決定通知書

受療者名		受給者番号	
指定養育医療機関名			
移送区間			
移送方法			
移送年月日	年	月	日
移送費用額			
上記のとおり決定しましたので通知いたします。			
年 月 日			
岩 倉 市 長 印			

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

移送不承認決定通知書

年 月 日付けで申請がありました移送費の支給について、  
不承認となりましたので通知いたします。

不承認とした理由

ため

- 
- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、岩倉市長に対して審査請求をすることができます。
  - 2 この処分について不服があるときは、1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、岩倉市を被告として（訴訟において岩倉市を代表する者は、岩倉市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することもできます。ただし、前項の審査請求をしたときは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、決定の取消しの訴えを提起することができます。

移送費請求書

年 月 日

岩倉市長殿

請求者	フリガナ							受療者 との 続柄	
	氏名								
	住所	〒 —							
	電話番号	( )							
	振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
預金種別		普通	(フリガナ) 口座名義人 (請求者と同一)						
		当座							
口座番号								(左詰記入)	

受療者氏名		受給者番号	
-------	--	-------	--

下記のとおり養育医療にかかる移送費を請求します。

請求額	金	円
-----	---	---

# 委 任 状

岩倉市長

上の者を私の代理人と定め下記の行為を委任します。

## 記

母子保健法第21条の4第1項に基づく未熟児養育医療費の自己負担金の額の範囲内における岩倉市子ども医療費の請求行為及びその受領に関する一切の権限

年 月 日

（養育医療給付申請者）

住所

〒

氏名

受療者氏名

## 養育医療給付台帳

コード番号		制度別番号		都道府県番号		実施機関番号		*		受給者番号				保険者番号				医療機関番号			
受療者	氏名							申請者	氏名							所 階 区 得 層 分	1 A				
	生年月日	年 月 日 生							生年月日	年 月 日 生							2 B				
	出生時体重								住所								3 C 円				
												4 D 円									
医療券 交付年月日等	医療券 交付年月日	年 月 日						加入 保険 区分	保険区分	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保 5 その他						指定養育 医療機関					
	医療券 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							保険者の 名称												
	診療予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日							被保険者 記号番号												
請求月	診療月	診療実日数	決定点数①	医療保険等負担額②	差引額 ①-②=③		移送費等④		その他⑤		支弁額③+④+⑤=⑥		備 考								

(注) コード番号欄の\*は検証番号