

低体重児出生届

年 月 日

雲仙市長 様

届出者 住所  
氏名 印  
(自署又は記名押印)

乳児との関係  
電話

午前

体重が2,500グラム未満の乳児が出生したので、母子保健法第18条の規定により、次のとおり届け出ます。

乳児	(ふりがな) 氏名・性別												男・女	
	個人番号													
	出生場所													
	出生日時	年 月 日			午前・午後		時 分							
	在胎週数	週 日		異常	無・有( )									
	出生時の体重・身長	グラム センチ		出生順位	第 子									
産婦	母子健康手帳番号													
	(ふりがな) 氏名 生年月日・年齢												年 月 日生 歳	
	個人番号													
	訪問先住所	里帰り予定 年 月 日頃まで(電話 )												
出生立 会者	立会者別	医師・助産師・その他( )												
	氏名													
参考事項	(赤ちゃんやご自身のことで困っていることや相談したいことがあったら記入してください。)													
	・あなたの身近に相談相手が いる ・ いない													

記載上の注意

- 1 乳児の「出生場所」欄には、病院名及びその住所を記入すること。
- 2 乳児の名前が決まっていない場合は、乳児の「氏名」及び「個人番号」の欄は、記入する必要はありません。

養育医療(新規・継続)給付申請書

雲仙市長 様

受給者番号	
-------	--

「養育医療意見書」及び関係書類を添えて、下記のとおり養育医療の給付を申請します。

記

[申請者記入欄]

		申請年月日		年 月 日	
乳 児 (本人)	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		1男 2女	年 月 日	
	住所	〒 —			
個人番号					
扶 養 義 務 者 (保護者)	ふりがな	生年月日		年 月 日	職業
	氏名	⑩			続柄 父・母・その他( )
	住所	〒 —			
	個人番号				
保 険	保険種別	1 社保      2 国保      3 生保      4 その他			
	被保険者証の記号及び番号				
	保険者名			保険者番号	

※継続申請の場合は、医療券を添えてください。

※ [申請者記入欄] 以外は、記入しないでください。

[市役所記入欄]

認定区分	1 認定    2 保留    3 連絡待ち		
市町村民税額	円		
階層区分コード		加算(無・有)	
特記事項			

(受 付 印)

--

養育医療意見書

受給者番号

記  
 ※ 太枠の欄だけ記入・押印して下さい。  
 □は、該当する項目をレ点して下さい。

【指定医療機関記入欄】

本人	氏名			性別	男・女	
	生年月日	年	月	日生		
出生時の体重		グラム	在胎週数	(単胎/双胎(胎))		
症 状 の 概 要	1 一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不安・痙れん <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない				
	2 体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下				
	3 呼吸器 循環器	<input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分30以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い				
		4 消化器	<input type="checkbox"/> 生後24時間以上排便がない <input type="checkbox"/> 生後48時間以上嘔吐が持続 <input type="checkbox"/> 血性吐物・血性便がある			
			5 黄疸	<input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有無)					
診療予定期間	年		月	日	～	
現在受けている医療	<input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	<input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療					
症状の経過						

上記のとおり診断します。

記述年月日	年	月	日
医療機関	住所		
	名称		
	電話番号		
	担当医師名		

【市役所記入欄】

指定医療機関	コード		(住所)
	〒	—	(名称)

様式第 4 号 (第 8 条関係)

世帯調査書

申請者氏名		乳児氏名							
(1) 世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	(2) 階層区分	(3) 市町村民税額	(4) 備考		
								個人番号	
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
			・						
乳児(本人)の属する世帯構成									
(5) 世帯外扶養義務者									

※出生児本人も含めて世帯全員分を記載してください。 ※太枠部分を記入してください

給付認定通知同意書

ふりがな  
乳児名

\_\_\_\_\_ 年 月 日生

上記乳児が、母子保健法第20条に基づく養育医療の給付を受けるにあたり、申請により指定した医療機関にて給付認定内容について通知することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

(保護者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)



様式第7号 (第8条関係)

# 乳 幼 児 福 祉 医 療 費 委 任 状

年 月 日

雲仙市長 様

私は、雲仙市長に対して、下記の者が受けた未熟児養育医療に係る乳幼児福祉医療費助成金の受領及び未熟児養育医療費負担金の納付に関する権限を委任します。

記

乳児氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

委任者 住 所 雲仙市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 番地  
氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

保険者名	被保険者証	
	記号	番号
事業所（勤務先）の名称		

※【注意事項】をよくお読みください。

## 委任状

平成 年 月 日

雲仙市長 様

委任する人

- ① 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)
- ② 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)
- ③ 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)
- ④ 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_ (印)

私は、下記のことを代理人と定め、下記事項に関する権限を委任します。

受任者 (委任を受ける人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

委任事項 未熟児養育医療申請に係る手続き

### 【注意事項】

- ◎委任をする人の押印が必要です (認印可)。
- ◎対象となる方全員の①～③いずれかをご持参ください。
  - ①個人番号カード又はその写し
  - ②個人番号通知カード又はその写し
  - ③個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明又はその写し
- ◎受任者の身元確認書類 受任者の方は①もしくは②をご持参ください。
  - ①官公署から発行された顔写真付本人確認書類1点 (運転免許証、個人番号カード、パスポートなど)
  - ②官公署から発行された氏名、住所又は生年月日が記載されたもの (写真表示不要) 2点 (健康保険証、年金手帳など) (個人番号通知カードは不可)
- ◎各種お手続きに必要なものがあります。ご確認・ご準備の上ご来庁ください。
- ◎偽り、その他不正な手段により委任状を作成・行使した場合は、刑罰の対象となります。(刑法159条、同法第161条)