

別 記

第1号様式 (第2条)

低 体 重 児 出 生 届

乳 児	氏 名		個人 番号	
	所 在 地	(電話 )		
	出 生 場 所 (医療機関名)			
	出 生 日 時	年 月 日	午前・午後	時 分
	分娩時の在胎週数	週 日	第 子 , 単胎 / 多胎 (胎)	
	出生児の体重・身長	g	cm	性別
産 婦	氏名及び年齢	( 歳)	個人 番号	
	住 所 (住民票所在地)			
	居 住 地 (住所地と異なる場合)			
	連絡可能な電話番号			
参 考 事 項	(お子さんの様子や心配なこと, 相談したいことなどを記入してください。)			
<p>母子保健法第18条に基づき, 低体重児の出生を届出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者住所</p> <p>電 話 番 号</p> <p>氏 名</p> <p>乳児との関係</p> <p style="text-align: right;">館山市長 森 正一 様</p>				

記載上の注意

乳児の「所在地」及び「出生場所」欄には, 乳児が病院等に入院しているときは, その住所及び病院名を記入すること。

第2号様式（第3条第1項）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所		個人番号		
	現在地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業	
	氏名				
	居住地				
	電話番号		個人番号		
被保険者等の記号・番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備考					
<p>養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 郵便番号</p> <p>住 所 電話</p> <p>申請者 氏 名 (本人との続柄 )</p> <p>申請者 生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">館山市長 森 正一 様</p>					
子ども医療費の支給に係る承諾欄		<p>本申請に係る医療費について、子ども医療費の支給を受けられる場合、支給される子ども医療費を養育医療の徴収金に充てることを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p>			
申請受付年月日		決定年月日			

第3号様式（第3条第1項）

養育医療意見書							
ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年 月 日生			
住所							
在胎週数	週 日	出生児の体重	g	出生子数	単・双・多		
症 状 の 概 要	一般状態	体温	1 安定している 2 不安定	哺乳力	1 正常 2 低下		
		体動	1 活発である 2 不活発	痙攣	1 なし 2 あり		
		筋緊張	正常・異常（ 1 亢進 2 低下 ）				
	循環器系 呼吸器系	チアノーゼ	なし・あり（ 1 断続している 2 持続している ）				
		呼吸状態	正常・異常	〔 1 無呼吸発作 2 多呼吸 3 呻吟 4 陥没呼吸 〕			
	消化器	生後 2 4 時間以上の排便の有無（ 1 有 2 無 ） 生後 4 8 時間以上の嘔吐の持続（ 1 有 2 無 ） 血性吐物の有無（ 1 有 2 無 ） 血性便の有無（ 1 有 2 無 ）					
	黄疸	なし・あり（ 強・中・弱，生後[ ]時間に発生					
その他の所見 ・症状の経過							
現在受けている 医療	1 保育器の使用      2 人工換気療法      3 酸素吸入 4 経管栄養      5 持続静脈内注射      6 その他の医療						
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで						
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 指定養育医療機関 名称 (電話 ) 医 師 氏 名							

## 世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名			
児童の属する世帯構成	世帯構成員	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業 (勤務先)	市民税 所得割額	備考
児童の属する世帯構成	(氏名)						円	
世帯外扶養義務者	(氏名及び住所)						円	

私に関する公的扶助の受給状況，課税の状況その他の個人情報母子保健法に基づく低体重児の届出，養育医療の給付等に関する規則第8条の規定による徴収金の決定等に利用することに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

館山市長 様

住 所

電話番号

氏 名

㊟

子ども医療費の支給を受けたいので、館山市子ども医療費支給条例施行規則第7条の規定により申請します。

子ども氏名		
生年月日	年 月 日	
加入医療保険	保険者名称	
	記号・番号	
振込口座	銀行 支店	
	普通預金No.	
	ふりがな	
	氏 名	

遅延理由書

年 月 日

千葉県館山市長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、（理由） \_\_\_\_\_ ため、

未熟児養育医療申請手続きが遅くなってしまいました。

年 月 日

養育医療給付事業寡婦（夫）みなし適用申請書

館山市長 様

申請者氏名：

子の名前：

住 所：

私は、養育医療給付事業利用にあたり、当該事業の費用負担の算定に関して、寡婦又は寡夫のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

【寡婦又は寡夫とみなされる者として該当する番号をチェックしてください】

①婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもののうち、扶養親族その他その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有するもの

②①に掲げる者のうち、扶養親族である子を有し、かつ、前年の所得が500万円以下であるもの

③婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻をしていないもののうち、その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有し、前年の所得が500万円以下であるもの

（注1）「前年の所得」とは、地方税法第313条第1項に規定する所得（総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額）の合計額となります。また、本事業の利用日が1月から6月の場合は、前々年の所得となります。

（注2）「基礎控除額」とは、所得税法第86条第1項の規定により控除される額となります。

【添付書類】

(1) 申請者・子の戸籍全部事項証明書

(2) その他市長が必要と認めるもの

【注意事項】（申請にあたっては、下記の内容について同意の上申請を行ってください。）

- ・市長が必要と認めた範囲において、児童扶養手当の支給に関する情報や申請者及び対象となる子の課税状況等の寡婦（夫）とみなすために必要な情報を関係部署に照会又は情報提供する場合があります。
- ・また、本事業利用後において、申請内容に虚偽があった場合は、寡婦（夫）みなし適用を取り消し、当該申請に基づき適用された利用料の減額分について全額返還いただくこととなります。