

差 出 人	住 所	館山市
	氏 名	

No. _____

出生通知書及び低体重児出生届出書

年 月 日届出

赤 ち ゃ ん	ふりがな				性 別	男・女
	氏 名				出生順位	第 子
					妊娠週数	満 週
	出生時の異常	無 ・ 有 ()				
	生年月日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日		
お 母 さ ん	出生体重・身長		体重 g / 身長 cm			
	ふりがな				出産場所 (医療機関名)	
	氏 名					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	妊娠中・出産時の異常		無 ・ 有 ()			
	住所地 (住民票 所在地)	館山市				
	連絡先	電話				
携帯電話						
居住地 (里帰り先)	住所					
様方						

心配なことや相談したいことをお書きください。

1 か月健診の予定 年 月 日
里帰りから戻る時期 年 月 ころ

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						
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。 年 月 日 申請者 郵便番号 住 所 申請者 氏 名 (本人との続柄) 申請者 生年月日 年 月 日 館山市長 森 正一 様						
子ども医療費の支給に係る承諾欄		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。 申請者氏名 ㊞				
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		ほ 哺乳力		1 正常 2 低下		
		体動	1 活発である 2 不活発		痙攣 ^{れん}		1 なし 2 あり		
		筋緊張	正常・異常（ 1 亢進 ^{こう} 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 ）							
	黄 疸 ^{だん}	血性吐物の有無（ 1 有 2 無 ）							
血性便の有無（ 1 有 2 無 ）									
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									

第 4 号様式（第 3 条第 1 項）

世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名			
	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を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。