

様式第1号（第4条関係）

					階層 区分	
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）						
本人	ふりがな 氏名		男・女	生 年 日 月 日	年 月 日	
	居住地 (住民票所在地)	郵便番号			個人 番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号				
申請者	氏名				本人との 続柄	
	生年月日	年 月 日			電話番号	
	住所	郵便番号			個人 番号	
被保険者証等の種別 (該当するものを ○で囲むこと。)	全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ()					
被保険者証の 記号及び番号	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						
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。						
年 月 日 申請者 氏名 (宛先) (記名押印又は署名) 山形市長 佐藤孝弘						
受付年月日	年 月 日			決定年月日	年 月 日	

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書（別記様式第2号）
 2 世帯調書（別記様式第3号）

様式第2号（第4条関係）

養育医療意見書（初回・継続・転院）				
ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
居住地			出生時の体重	グラム
症状の概要 (該当する□に ✓印を記入すること。)	一般状態	<input type="checkbox"/> 運動不足・痙攣 ^{けいれん} <input type="checkbox"/> 運動異常		
	体温	<input type="checkbox"/> 摂氏34度以下		
	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		
	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		
	黄疸 ^{だん}	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 強・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 弱）		
	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 酸素吸入 鼻腔栄養 ^{びくう} 注射その他の医療 ()			
症状の経過				
養育医療に要する概算額				
上記のとおり診断する。				
年 月 日 指定養育医療機関の所在地及び名称				
担当医師氏名 ㊞				

(注) 1 継続申請の場合には、症状の概要以下の欄については、養育医療を継続する必要があると認められた時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に継続を必要とする理由とその時点での体重を併せて記入すること。

2 転院申請の場合には、症状の概要以下の欄については、転院を必要とする時点での状況を記入することとし、症状の経過欄に、転院を必要とする理由とその時点での体重を併せて記入すること。

世 帯 調 査 書

※印欄は、記入しないこと。

申請者氏名						本人氏名			
本人の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業	階層区分※	所得割額※	備考※
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								
(宛先) 山形市長									
本人の属する世帯の住民記録、市町村民税の課税情報その他養育医療の給付の決定に必要な情報について、調査することに同意します。									
年 月 日									
申請者氏名									㊞

- 記載要領
- 1 「世帯構成員」とは、本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記載してください。
 - 2 「扶養義務者」とは、父母、祖父母、兄弟、姉妹その他家庭裁判所の審判により扶養の義務を負うことになった叔父、叔母等、民法（明治29年法律第89号）第877条に定められている者をいいます。

年 月 日

（宛先）

山形市長

依頼者

住所

氏名

（記名押印又は署名）

本人との続柄（ ）

こども医療給付金充当依頼書

私は、下記の者の未熟児養育医療に係る費用徴収額のうち、山形市福祉医療給付金支給条例の規定によるこども医療給付金の支給の対象となる額については、当該こども医療給付金を未熟児養育医療に係る費用徴収額に充当したいので、依頼します。

記

- 1 こども医療給付金支給対象者（本人）氏名
- 2 本人の生年月日
- 3 性別
男 ・ 女

様式第5号（第4条関係）

養育医療券											
公費負担者番号									交 付		
受給者番号									年月日	年 月 日	
被保険者証等の種別								被保険者証等の記号及び番号			
本 人	氏 名										
	生年月日	年 月 日						男・女			
申 請 者	氏 名								本人との続柄		
	住 所										
指定養育医療機関	名 称										
	所 在 地										
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで							階 層 区 分 _____階層			
この券の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで							自 己 負 担 額 1か月入院した場合 _____円			
<p>上記のとおり決定する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山形市長 Ⓜ</p>											

- (注) 1 上記自己負担額は、あなたの世帯の収入により決定した自己負担額です。月の途中で養育医療を開始又は終了した場合には日割り計算します。
- 2 自己負担金の支払については、別途後日に、納入通知書を送付しますので、最寄の金融機関に納入通知書を提出のうえ、お支払い下さい。ただし、こども医療証をお持ちの方は納入の必要はありません。

年 月 日

様

山形市長

㊟

養育医療給付（継続・転院）

申請却下決定通知書

養育医療移送承認

年 月 日付けで申請のあった養育医療の給付（継続・転院）又は養育医療移送承認申請については、山形市養育医療の給付に関する規則第4条第4項又は第6条第3項の規定により下記のとおり却下することに決定したので通知します。

記

- 1 本人氏名
- 2 却下の理由

この決定（以下「処分」といいます。）に不服がある場合は、処分のあったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、山形市長に対し、異議申立てをすることができます。

また、処分の取消しを求める訴えは、処分のあったことを知った日（異議申立てをした場合にあつては、当該異議申立てに対する決定の送達を受けた日）の翌日から起算して6か月以内に、山形市を被告（山形市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。

様式第7号（第5条関係）

養育医療券再交付申請書

養育医療券の番号		交 付 年 月 日		年 月 日
本 人 の 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
申 請 者	氏 名	本人との 続柄		
	住 所			
再交付を必要 とする理由				
<p>上記により養育医療券の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 ⑩</p> <p>(記名押印又は自署のいずれかとすること。)</p> <p>(宛先)</p> <p>山形市長</p>				

年 月 日

（宛先）山形市長

届出者住所

氏名

（記名押印又は署名）

本人との続柄（ ）

養育医療券記載事項変更届

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

記

受給者番号								本人氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	------	--

変更事項（該当するものを○で囲む。）

- 1 本人氏名 2 本人住所 3 申請者氏名 4 申請者住所 5 加入保険
6 市外へ転出 7 その他（ ）

変更年月日（ 年 月 日）

変更後

本人	ふりがな 氏名			
	住所	郵便番号		
申請者	氏名		本人との続柄	
	生年月日	年 月 日	電話	
	住所	郵便番号		
被保険者証等の 種別		全国健康保険協会管掌健康保険・健康保険組合・船員保険 共済組合・国民健康保険・生活保護・その他（ ）		
被保険者証の 記号及び番号		記号	番号	保険者等の名称 （発行機関名）

（注1）医療券を添付のうえ提出してください。（注2）変更項目のみ記入してください。

様式第9号（第6条関係）

養育医療移送承認申請書			
本人氏名		受給者番号	
担当医師の意見	移送	移送区間	
		移送方法	
		移送年月日	
	移送を必要と認める事由		
	費用見積額		
<p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の所在地及び名称</p> <p>担当医師名 ⑩</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			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 (記名押印又は署名)</p> <p>(宛先) 山形市長</p>			

年 月 日

様

山形市長

⑨

養育医療移送承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった養育医療の移送の承認申請について、下記のとおり承認し、当該費用を支給することにしましたので通知します。

記

本人氏名		受給者番号	
移送区間			
移送方法			
移送年月日			
市負担額	健康保険法の例により算定した額から社会保険給付額を控除した額		

養育医療移送費支給申請書

年 月 日

(宛先)

山形市長

申請者 住所

氏名

(記名押印又は署名)

養育医療移送費として下記のとおり支給申請します。

請求金額 円

本人氏名					受給者番号			
担当医師の証明	金額等 移送により支払うべき	区間	距離	利用交通機関	移送に要した費用	社会保険支給額	差引き請求額	
移送年月日			年 月 日					
年 月 日		指定養育医療機関の所在地及び名称						
		担当医師氏名 印						

振込先	金融機関名	本・支店		預金種目	普通 ・ 当座
	口座番号	(ふりがな) 口座名義人			

- (注) 1 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 移送に要した費用の請求書又は領収書（鉄道による移送の場合は、駅長の発行する乗車証明書）
 - (2) 保険者等が発行した療養費の支給に関する証明書
- 2 申請者と口座名義人は同一とすること。
- 3 振込先に郵便貯金を指定することはできません。

様式第12号（第9条関係）

年 月 日			
(宛先) 山形市長			
申請者 住 所 氏 名 ㊟ 本人との続柄			
徴収金負担能力変動届			
下記のとおり、母子保健法第21条の4第1項の規定による徴収金の負担能力に変動があったので、山形市養育医療の給付等に関する規則第9条第3項の規定により届け出ます。			
本人氏名			生年月日 年 月 日
養育医療券の有効期間	年 月 日から	額等 徴収金の月	階層区分 階層
	年 月 日まで		月 額 円
指定養育医療機関の名称			
負担能力の変動の具体的内容			

