第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

＊太枠の中のみご記入ください。　　1 新規　2 継続

被保険者証等の記号及び番号			保険者番号			
			保険者名			
お子さんの氏名等	フリガナ			男・女	出生時の体重	g
	氏名					
	生年月日	年　月　日	個人番号			
申請者（保護者）	氏名			お子さんとの続柄		
	生年月日	年　月　日	個人番号			
	住所	〒				
	電話	（　　）				
指定養育医療機関	名称					
	所在地	〒　　電話（　　）　－				

藤沢市長

上記のとおり申請します。

この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等について必要な情報について、市長が利用することに同意します。

また、母子保健法に基づき早期に母子保健サービスの提供を行うために、提出した申請書の基本情報（氏名・生年月日・出生時体重・性別・住所・電話番号）及び養育医療意見書（症状の概要・診療予定期間・現在受けている医療・症状の経過）に係る個人情報について、子ども健康課に提供することを同意します。

年　　月　　日

申請者（保護者）　住所

氏名

処理欄							
自己負担月額	階層　　円				受付	・　・	
					決裁	・　・	
別紙のとおり決定してよいでしょうか。　□却下通知					施行	・　・	
□養育医療券を申請者へ、養育医療給付決定通知書を医療機関へ送付します					公印使用承認		
課長	課長補佐	主査	担当	母子保健事業を所管する課へ養育医療給付申請書と養育医療意見書の写しを送付します。送付日　・　・			

＊申請内容は、同意いただいた母子保健事業を所管する課以外への提供は一切行いません。また、藤沢市個人情報の保護に関する条例に基づき、適正な管理を行います。

第2号様式(第2条関係)

養育医療意見書

1　新規　　2　継続

フリガナ 乳児氏名		男・女	生年月日	年　月　日
居住地	藤沢市			
在胎週数	(単胎／双胎(　胎))		出生時の体重	g

症状の概要	一般状態	(1) 運動不安・けい攣 (2) 運動が異常に少ない
	体温	(1) 摂氏 34度 以下
	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
	消化器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が継続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある
	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)	

診療予定期間 (継続診療予定期間)	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　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
症状の経過 (継続診療の理由)	

上記のとおり診断する。

年　月　日

医療機関の

名称及び所在地

郵便番号及び電話番号

医師氏名

第3号様式（第2条関係）

世　帯　調　書

＊太枠の中のみご記入ください

申請者氏名（保護者）		受給者氏名（子）		処理欄

	（フリガナ） 氏　名 個人番号	続柄	性別	生年月日	職業 勤務先	階層区分	所得割額
児童の属する世帯構成				年　月　日			
				年　月　日			
				年　月　日			
				年　月　日			
				年　月　日			
世帯外扶養義務者				年　月　日			
	住所						
				年　月　日			
	住所						
備考							

藤沢市長

年　　月　　日

同　意　書

藤沢市子育て給付課が母子保健法第２０条及び藤沢市特定の個人を識別するための番号の利用に関する条例第３条に基づく事務手続を処理するために限り、マイナンバー制度による情報連携によって、この事業に必要な年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者との続柄	
フリガナ	
氏名	
生年月日	**年　　月　　日**
2023年1月1日 住所登録地	**（市区町村名のみ）**
申請者との続柄	
フリガナ	
氏名	
生年月日	**年　　月　　日**
2023年1月1日 住所登録地	**（市区町村名のみ）**
申請者との続柄	
フリガナ	
氏名	
生年月日	**年　　月　　日**
2023年1月1日 住所登録地	**（市区町村名のみ）**

記載要領

1　同意する者が自ら署名を行うこと。

2　代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。