

様式第1号(第2条関係)

低 体 重 児 出 生 届

乳 児	ふ り が な 氏 名			
	現 在 地	郵便番号 (電話)		
	出 生 場 所 (医 療 機 関 名)	(電話)		
	出 生 日 時	年 月 日	午前 午後	時 分
	在 胎 週 数 (妊 娠 期 間)	週 日	第 子, 単胎/多胎 (胎)	
	出生時の体重・身長	グラム	センチ	
産 婦	ふりがな 氏 名 及 び 年 齢	(歳)	個人番号	
	居 住 地 (住 民 票 所 在 地)	郵便番号		
	現 在 地 (居 住 地 と 異 なる 場 合)	郵便番号		
	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け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 届 出 者 住 所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号 氏 名 (自署又は記名押印) 乳児との関係</p> <p style="text-align: right;">東近江市長 様</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p style="color: blue;">「親権を行う者、未成年 後見人その他の者で、乳 児又は幼児を現に監護す る者」の名前で届出をし てください。 申請者と違って可。</p> </div>				

個人番号=マイナンバー

記載上の注意

- ・ 「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・ 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。
乳児が病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
産婦が一時的に帰省している場合は、帰省先等を記入してください。

備考

- ・ 低体重児とは、出生時の体重が2500 g 未満の乳児をいいます。

本人＝養育医療を受ける児童

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・ 女	生年 月日	年 月 日
	居住地	郵便番号	個人番号		
	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	電話番号		個人番号		
医療保険各法による 記号及び番号	記号 ●●●● 番号 ●●●●●●				
保険者等の名称	全国健康保険協会●●支部				
希望する指定養育 医療機関の名称及び所 在地 (所在地は本人現在地と同 じ場合は省略可能)	独立行政法人 ●●病院 滋賀県東近江市●●町●●9999 番地 9				
備考					
別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。					
申請者住所 郵便番号 本人との続柄 申請者氏名 (自署又は記名押印) 電話番号 年 月 日			原則、「扶養義務者」の名前で申請してください。(分からない場合や間違えた場合は、二人の名前を書いてください。) 扶養義務者が市外在住の場合は、市内在住の保護者名を書いてください。		
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

意見書の内容は、医療機関でしか修正できません。

養育医療意見書				
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				
在胎週数	週(単胎/双胎(胎))	出生時の体重	グラム	
症状の概要	※2,001g以上の場合は、下記1～5のいずれかの症状を有していることが養育医療の給付条件です。			
	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない		
	2 体温	(1) 摂氏34度以下		
	3 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り返す (3) 呼吸数が毎分50を超えて増加傾向 (4) 呼吸数が毎分30以下 (5) 出血傾向が強い		
	4 消化器	(1) 生後24時間以上排便がない (2) 生後48時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生		
	その他の所見 (合併症の有無等)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 最長で「産まれた日～1歳の誕生日の2日前まで」となります。 </div>		
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				
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> 医療機関の名称 郵便番号・所在地 電話番号 医師氏名				

出生体重が2000g以上の場合、どれかに○が必要。

印

様式第4号（第3条関係）

（表）

世 帯 調 査 書

申請者氏名		扶養義務者				児氏名	養育医療を受ける児童		
児 の 属 す る 世 帯 構 成	(1)世帯構成員名児と生計を一にしている人全員	児との続柄	性別	生年月日	個人番号	職業	(2)	(3)	(4)備考
	<p>個人番号 = マイナンバー</p>						元)	分	額
<p>養育医療を受ける児童の分も記入してください。</p>							<p>記入不要</p>		
(5)世帯外扶養義務者	氏名 (住所)	<p>(5)は単身赴任などで世帯が分かれている扶養義務者がいる場合、記入してください。</p>							
	氏名 (住所)								

注 裏面の記載要領をよく読んで記入してください。太枠の部分（(2)階層区分の欄）は記入しないでください。

(裏)

記載要領

(1) 欄の「世帯構成員」とは、児本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記入してください。

(3) 欄の児本人の扶養義務者で所得税を課税されている場合、その所得税の年額を記入してください。

(4) 欄の世帯構成員中本人以外の児が、育成医療の給付、養育医療の給付、養育の給付又は補装具の交付（修理）を受け、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。

(5) 欄の「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。

東近江市長 様

同 意 書

下記の者は、東近江市の健康推進課が母子保健法第20条第1項に基づく事務を処理するために限って 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り同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
同意者	住所		同居
	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
同意者	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	申請者との続柄		
	フリガナ		
同意者	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	申請者との続柄		

「世帯調書（様式第4号）」に記名した者のうちの収入がありうる人（15歳以上の者、働いている人、専業主婦、年金をもらっている人など）の全員が同意する必要があります。

なお、転入等の理由により、情報連携をしても必要な情報が確認できない場合、当該年の1月1日時点に在住していた市町村で取得した「課税（非課税）証明書・生活保護受給証明書」等の提出が必要になる場合があります。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居