

様式例第2号

療育給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成 令和 年 月 日
	居住地			個人番号	
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		職業
	居住地			個人番号	
被保険者証等の 記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定療 育機関の名称及 び所在地					
備考					
別紙関係書類を添えて上記のとおり療育の給付を申請します。					
申請者住所 本人との続柄 申請者氏名					
令和 年 月 日					
都道府県知事 指定都市市長 殿 中核市市長					
申請受付年月日		進達年月日		決定年月日	
特記事項					

様式第2号

(表 面)

児童扶養手当受給資格者名簿

(町 村 名)

整理番号		令和 年 月 日 認定												
氏名	(ふりがな)	住所	〒		支払金融機関	名称	口座番号							
	(ふりがな)		〒			(令 . . 変更)								
個 番 人 号			〒			(令 . . 変更)								
生 年 月 日	大・昭・平・令	年 月 日	〒			(令 . . 変更)								
証 書 の 番 号	第 号	証書の交付↓返付↑	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
手 当 月 額	令和 . .	円 ()	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
	令和 . .	円 ()	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
	令和 . .	円 ()	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
	令和 . .	円 ()	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
	令和 . .	円 ()	令 . .	令 . .	令 . .	令 . .								
支 給 対 象 児 童	氏名	個人番号	続柄	障害の有無	生年月日	再診年月日	該年 月 日	該当事由	9条・9条の2 ()	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由	障害	父又は母の氏名
				有・無	平・令 . .		平・令 . .			平・令 . .	平・令 . .			傷病名等
				有・無	平・令 . .		平・令 . .			平・令 . .	平・令 . .		拘禁	父の氏名
				有・無	平・令 . .		平・令 . .			平・令 . .	平・令 . .			母の氏名
				有・無	平・令 . .		平・令 . .			平・令 . .	平・令 . .			拘禁終了予定年月日
受給資格喪失		受給資格喪失年月日					受給資格喪失事由							
		令 . .												
備考	有期診断該当、非該当の別													

(裏面)

整理番号		氏名		証書の記号・番号		第 号									
所得等の状況															
支給停止関係届	区 分		令和 年		令和 年		令和 年								
			現況届		届出の有無		有（関係届・現況届）・無		有（関係届・現況届）・無						
			所得制限の該当・非該当の別		該・一部該・非（災）		該・一部該・非（災）								
	公的年金給付等 受給状況届		届出の有無		有・無		有・無								
			本人受給、児童受給、加算対象児童の別		本人・児童・加算対象		本人・児童・加算対象								
			公的年金給付等の種類												
			公的年金給付等の年額		円		円								
			上記の対象期間		令和 年 月から		令和 年 月から								
	一部支給停止適用除外事由届出書 (5年等経過月：令和 年 月)		届出の有無		有・無		有・無								
			適用、適用除外の別		適用（ 年 月～ 年 月） 除外（ 年 月～ 年 月）		適用（ 年 月～ 年 月） 除外（ 年 月～ 年 月）								
適用除外事由			就業中・求職活動中等・障害・負傷疾病・介護		就業中・求職活動中等・障害・負傷疾病・介護										
支 給 停 止			令和 年 月から 令和 年 月まで 円		令和 年 月から 令和 年 月まで 円		令和 年 月から 令和 年 月まで 円								
区 分		氏 名		個人番号		受給資格者との続柄		受給資格者の所得にかかる税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数		配偶者又は扶養義務者の所得にかかる税法上の扶養親族等の数		総所得金額等の合計額		備 考 (控除の種類等)	
令和 年	受給資格者				本人						円				
	配・扶										円				
	配・扶										円				
令和 年	受給資格者				本人						円				
	配・扶										円				
	配・扶										円				
令和 年	受給資格者				本人						円				
	配・扶										円				
	配・扶										円				

低 体 重 児 出 生 届

乳 児	ふりがな 氏名			個人 番号	
	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	性別	男・女
産 婦	ふりがな 氏名及び年齢	(歳)		個人 番号	
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)	郵便番号			
	居 住 地 (住 所 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を記入して下さい。)				
<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>令和 年 月 日</p> <p>届 出 者 住 所 郵便番号</p> <p>電 話 番 号</p> <p>氏 名</p> <p>乳児との関係</p> <p>殿</p>					

記載上の注意

- ・「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。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等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2500g未満の乳児をいいます。

養育医療給付申請書

本人	氏名 ふりがな	男・女	生年月日	令和	年 月 日
	住所地 (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			
扶養義務者	氏名 ふりがな	本人との続柄			
	居住地	郵便番号			
	電話番号	個人番号			
被保険者証等の 記号及び番号					
被保険者等の名称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備考					
<p>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。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄 申請者氏名</p> <p>電話番号 令和 年 月 日</p> <p>市(区)町村長 殿</p>					
申請受付年月日		決定年月日			

記載上の注意

「住所地」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。
「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

別紙様式 1

令和 年度単身赴任手当加算費申請書

知事（市長）殿

年 月 日 提出

施設名		設置経営者	
住所		定員	

距離区分別単身赴任職員数

距 離 区 分		人 員
	100km未満	人
100km以上	300km未満	
300km以上	500km未満	
500km以上	700km未満	
700km以上	900km未満	
900km以上	1,100km未満	
1,100km以上	1,300km未満	
1,300km以上	1,500km未満	
1,500km以上		
計		

内 訳 別 添

別添

単身赴任手当加算費申請書(個人別表)

年 月 日提出

単身赴任該当職員名(職種)	()
理由	<input type="checkbox"/> 1異動 <input type="checkbox"/> 2施設の移転 <input type="checkbox"/> 3その他() 上記事実の発生日 年 月 日

1 異動直前の住居等

異動の発令日	年 月 日
異動直前の本人の住所	
同居者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日)

2 現在の居住状況等

配偶者と別居した日	年 月 日
配偶者と別居した事情	
現在の本人の住所	入居年月日 年 月 日
本人住居における同居者	<input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 子(生年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(続柄) <input type="checkbox"/> その他(続柄) <input type="checkbox"/> その他(続柄)
配偶者の住居	異動直前の本人の住居と <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる。(住所 入居年月日)

3 異動直前の住居から勤務施設までの通勤経路及び方法

順路	通勤の方法	区 間	距 離	備 考
		住居から(経由) まで	・ km	
		から(経由) まで	・ km	
		から(経由) まで	・ km	
		から(経由) まで	・ km	
		から(経由) まで	・ km	
	計		・ km	

経路略図(経路朱線)

4 配偶者の住居から勤務施設までの通勤経路及び方法

順路	通勤の方法	区間	距離	備考
		住居から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
	計		・ km	
経路略図 (経路朱線)				

5 配偶者の住居から本人の住居までの交通経路及び方法

順路	通勤の方法	区間	距離	備考
		住居から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
		から (経由) まで	・ km	
	計		・ km	
経路略図 (経路朱線)				

記入上の注意

1. 配偶者のない者にあつては、「配偶者」とあるのを「異動直前に同居していた満18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある子」と読み替えて記入する。
2. 在勤する施設が移転した者にあつては、「異動」とあるのを「移転」と読み替えて記入する。
3. 異動に伴い配偶者と別居した場合で、配偶者の住居が異動直前の本人の住居と同じときは、「配偶者の住居から勤務施設までの通勤経路及び方法」欄は記入を要しない。
4. 異動に伴って配偶者とともに住居を移転し、その後に配偶者と別居した場合は、「異動直前の住居から勤務施設までの通勤経路及び方法」欄は記入を要しない。

5. 「通勤(交通)方法の別」欄には、通勤等の順路に従い、徒歩、〇〇線等の別を記入する。

(表)
不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

		(ふりがな) 氏名	生年月日												
夫	()	()	昭和 平成	年	月	日	(歳)								
妻	()	()	昭和 平成	年	月	日	(歳)								
住所(※1)	〒		電話 ()												
住所(※2)	〒		電話 ()												
備考															
過去にこの助成金を受けたことがありますか (男性不妊治療分除く) ない ・ ある → 過去 () 回受けた 都道府県 助成を受けた自治体は(当県(市) ・ (市))															
(男性不妊治療分) ない ・ ある → 過去 () 回受けた 都道府県 助成を受けた自治体は(当県(市) ・ (市))															
申請者氏名															
<table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>申請額 (男性不妊治療分除く)</td> <td style="text-align: right;">金 円</td> </tr> <tr> <td>申請額 (男性不妊治療分)</td> <td style="text-align: right;">金 円</td> </tr> <tr> <td>申請額合計</td> <td style="text-align: right;">金 円</td> </tr> </table>										申請額 (男性不妊治療分除く)	金 円	申請額 (男性不妊治療分)	金 円	申請額合計	金 円
申請額 (男性不妊治療分除く)	金 円														
申請額 (男性不妊治療分)	金 円														
申請額合計	金 円														
(元号) 年 月 日															
都道府県知事 (市長) 殿															
金融機関名			銀行			本店									
			金庫			支店									
			農協			出張所									
貯金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()												
口座番号							(左詰記入)								
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日												
受給者番号															

注) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場合に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入。

- (添付書類)
1. 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書
 2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 3. 夫及び妻の所得額を証明する書類

受給者番号

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

(元号) 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫 ()	妻 ()
受診者生年月日	昭和 年 月 日 (歳) 平成	昭和 年 月 日 (歳) 平成
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください ()	(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日 (男性不妊治療分)	(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※2	無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る]	
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	領収金額 _____ 円
	男性不妊治療費※3	領収金額 _____ 円

※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関(指定を受けていない医療機関である場合を含む)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注1) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母胎の状態を整えるために1~3周期程度の間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成の対象となりません。