



下呂市母子保健法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年4月28日

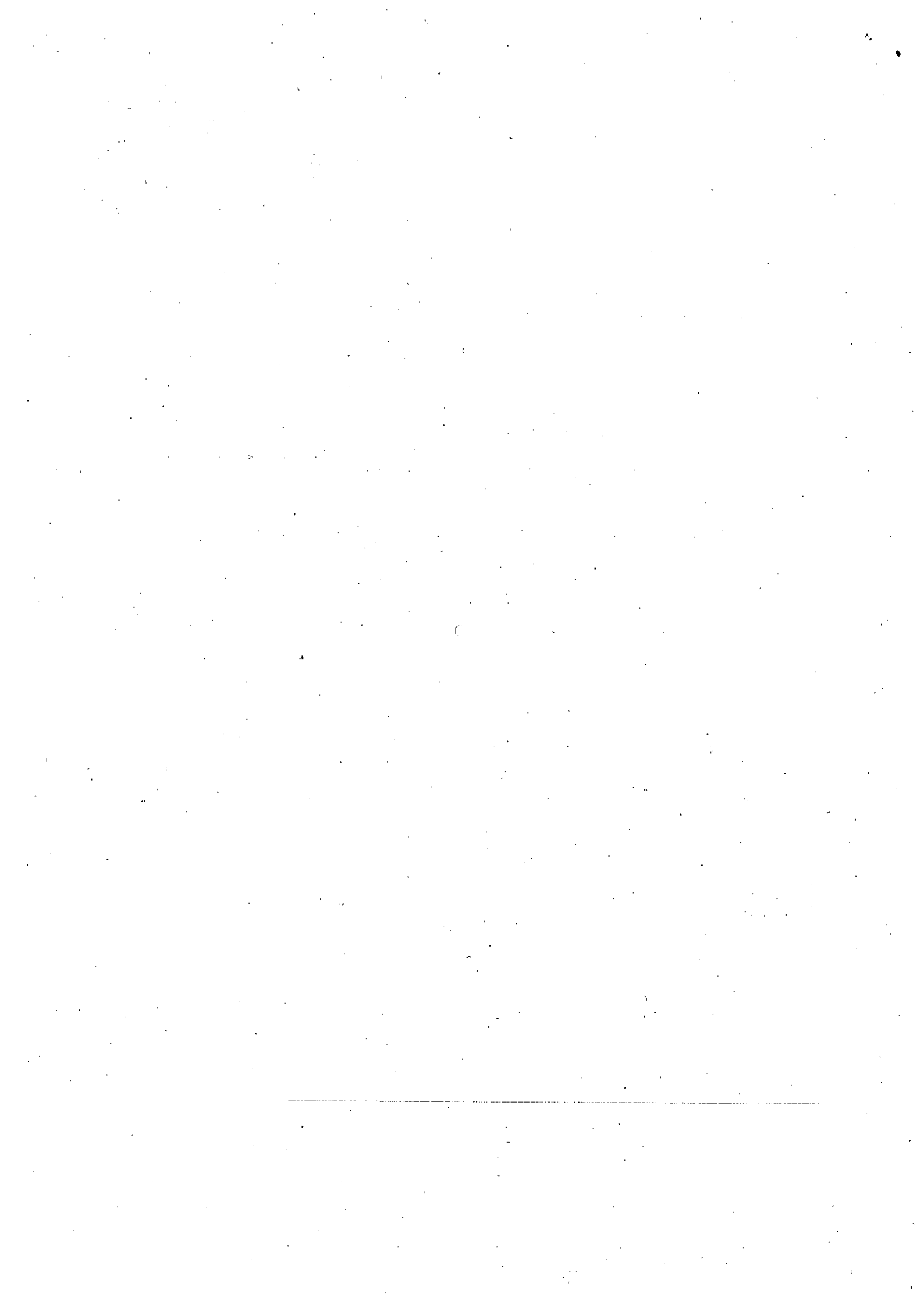
下呂市長 山内 登



令和8年下呂市規則第53号

下呂市母子保健法施行細則の一部を改正する規則

下呂市母子保健法施行細則（平成25年下呂市規則第2号）の一部を次のように改正する。



変更後

様式第1号 (第3条関係)

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
	住所地 (住民票所在地)	〒 -		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 -			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄	電話番号	
	居住地	〒 -		個人番号	
医療保険各法の 記号及び番号			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					
<p>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。 なお本申請に係る自己負担額の確認の為、担当課職員が私の世帯の税務資料を閲覧する事を承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 〒</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下呂市長 殿</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

※ 個人番号等確認欄 (市確認者)

番号確認	窓口(施設)に来た方の身元の確認 (本人様 ・ 代理人 様)	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し <input type="checkbox"/> システム転記 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公庁発行の免許証 (写真付き) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 (写真付き) <input type="checkbox"/> その他 ()
	2点確認	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証 (医療・サービス) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 精神手帳 (写真なし) <input type="checkbox"/> その他 ()
代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	

変更前

様式第1号 (第3条関係)

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
	住所地 (住民票所在地)	〒 -		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 -			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄	電話番号	
	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		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備考					
<p>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。 なお本申請に係る自己負担額の確認の為、担当課職員が私の世帯の税務資料を閲覧する事を承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 〒</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下呂市長 殿</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

※ 個人番号等確認欄 (市確認者)

番号確認	本人確認 (申請者又は届出代理人)	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 (写真付き) <input type="checkbox"/> 官公署発行の免許証・許可証 (写真付き) <input type="checkbox"/> その他 ()
	2点確認	<input type="checkbox"/> 各保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()

変更後

様式第5号 (第5条関係)

養育医療給付台帳

コード番号		制度別 番号	都道府 県番号	医療機関 番号	※	受給者番号		※	保険者番号		医療機関番号				
受療者	氏名				申請者	氏名			受療者との続柄			所得階層 区分	1 A		
	生年月日					生年月日					2 B				
	住所					住所					3 C (円)				
	出生時体重					連絡先					4 D (円)				
医療券 交付年 月日等	医療券交付 年月日				保険 種別	保険区分			指定養育 医療機関						
	医療券 有効期間					保険者の 名称									
	診療 予定期間					被保険者等記号・ 番号 ()									
請求月	診療月	診療 実日数	総医療費 ①	医療保険等 負担額 ②	公費負担額 ①-②=③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備考						
計															

(注) コード番号欄の※は、検証番号

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和8年4月28日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にある改正前の様式による用紙については、当分の間、これに所要の調整を加え使用することができる。

