

A large rectangular box with a solid black border. Inside the box, there are approximately 35 horizontal dashed lines, evenly spaced, extending across the width of the box. This layout is typical for a handwriting practice sheet or a form designed for text entry.

日本脳炎予防接種予診票

池田市

(3歳～7歳6ヵ月未満)

(太わく内を記入してください)

住所	町 丁目 番 号 棟 号室			マンション 団 地	電話	-	
保育園(所) 幼稚園 学校 年 組	受ける人の 氏 名	フリガナ					男 女
	生年月日	平成 年 月 日	満 歳	ヵ月			
	保護者の氏名						
質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)					回答欄	医師記入欄	
本日の日本脳炎の注射は何回目ですか ○印をつけてください 1期(初回1回目・2回目・追加)						※	
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか					いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか					あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()					ある	ない	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()					はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()					はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか					はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()					はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()					はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか					はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか()歳頃					ある	ない	
そのときに熱ができましたか					はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか					ある	ない	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか					いる	いない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()					ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか					いる	いない	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか					はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか					ある	ない	
医師の診察・説明を受け、予防接種可能と判定があれば予防接種をしますか この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン()					はい	いいえ	
診察前の体温					度 分		
医師の記入欄 保護者に対して予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)					医師の署名		

ワクチンの Lot No.	※	接種量	実施場所・医師名		※
		(皮下接種)	実施場所		
		0.25ml	医師名		
有効期限 年 月 日		0.5 ml	接種年月日	平成 年 月 日	

※印は記入しないでください。

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

(医療機関→池田市) 1004

(ジフテリア) (破傷風) 予防接種予診票

池田市

(11歳～13歳未満)

(太わく内を記入してください)

住所	町 丁目 番 号 棟 号室 マンション 団 地 電話	電話	-
学 校	受ける人の氏名	フリガナ	
年 組	生年月日	平成 年 月 日	満 歳 ヲ月
	保護者の氏名		
質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)		回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか		いいえ	はい
今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()		あ る	な い
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		は い	いいえ
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()		は い	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		は い	いいえ
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		は い	いいえ
今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気) にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()		は い	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		は い	いいえ
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃		あ る	な い
そのときに熱がでましたか		は い	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		あ る	な い
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		い る	いな い
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()		あ る	な い
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		い る	いな い
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン注)の注射を受けましたか		は い	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか		あ る	な い
医師の診察・説明を受け、予防接種可能と判定があれば予防接種をしますか この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン ()		は い	いいえ
診察前の体温		度 分	
医師の記入欄 保護者に対して予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)		医師の署名	

ワクチンの Lot No.	※	接種量	実施場所・医師名	※
		(皮下接種)	実施場所 医師名	
有効期限 年 月 日		0.1 ml	接種年月日 平成 年 月 日	

※印は記入しないでください。

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

(医療機関→池田市)1004

麻しん風しん混合予防接種予診票 池田市

(太わく内を記入してください)

1期 (1歳~2歳未満)
2期 (5歳~7歳未満で小学校就学前の年長児)

住 所	マンション 団 地		
	町 丁目 番 号 棟 号室		
受ける人の氏名	フリガナ	男	平成 年 月 日
生年月日		女	満 歳 カ月
保護者の氏名	TEL -		
質 問 事 項 (あてはまる項目を○でかこんでください)		回 答 欄	医師記入欄
本日の麻しん風しん混合予防接種は何期ですか○印をつけてください 1期 2期			※
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか		いいえ	はい
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		あった あった ある	なかった なかった ない
今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()		あ る	な い
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		は い	いいえ
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名 ()		は い	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		は い	いいえ
1ヵ月以内予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		は い	いいえ
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の 病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()		は い	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		は い	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃		あ る	な い
そのときに熱がでましたか		は い	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		あ る	な い
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		い る	いな い
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()		あ る	な い
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		い る	いな い
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン [※] の注射を受けましたか		は い	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか		あ る	な い
医師の診察：説明を受け、予防接種可能と判定があれば予防接種をしますか この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、 本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン ()		は い	いいえ
診察前の体温		度 分	
医師の記入欄		医師の署名	
保護者に対して予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)			
ワクチンの Lot No.	※	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
		(皮下接種)	実 施 場 所 医 師 名
有効期限 年 月 日		0.5ml	接種年月日 平成 年 月 日

※は記入しないでください。

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

(医療機関→池田市)0804

麻しん風しん混合予防接種予診票

池田市

3期 (中学1年生相当年齢者)
4期 (高校3年生相当年齢者)

(太わく内を記入してください)

住 所	マンション 団 地				
	町	丁目	番	号	棟 号室
受ける人の氏名 生 年 月 日	フリガナ		男	平成	年 月 日
			女	満	歳 ヲ月
保護者の氏名	注) 接種を受ける人が既婚の場合か下欄保護者が同伴しない場合の署名がある場合は記載の必要はありません				
	TEL -				
保護者が同伴しない場合の保護者署名欄 (記載がないと子供さんだけでは予防接種は受けられません)					
市から配られた説明書を読み、効果や目的、副反応の可能性、 予防接種救済制度などについて理解した上で、 子供に接種させることに同意します。			保護者自署		
			住 所		
			緊急の連絡先		
質 問 事 項 (あてはまる項目を○でかこんでください)				回 答 欄	医師記入欄
本日の麻しん風しん混合予防接種は何期ですか○印をつけてください				3期	4期
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか				いいえ	はい
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか				あった	なかった
今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()				あ	な
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()				は	い
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()				は	い
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()				は	い
今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気) にかかり 医師に診察を受けていますか 病名 ()				は	い
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか				は	い
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃				あ	な
そのときに熱がでましたか				は	い
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか				あ	な
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか				い	な
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()				あ	な
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか				い	な
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン ^{II} の注射を受けましたか				は	い
女性の方へ 現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか 注) 接種後2ヵ月間は妊娠をさけることが必要です				は	い
今日の予防接種について質問がありますか				あ	な
説明書を読み医師の診察を受け、予防接種可能と判定があれば予防接種をしますか この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、 本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン ()				は	い
診察前の体温				度	分
医師の記入欄 保護者に対して予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)			医師の署名		
ワクチンの Lot No.	※	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名		※
		(皮下接種)	実 施 場 所		
			医 師 名		
有効期限	年 月 日	0.5ml	接種年月日	平成 年 月 日	

※は記入しないでください。

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

(医療機関→池田市) 1104

急性灰白髄炎（ポリオ）予診票
（太わく内を記入してください）

池田市

住所	町 ^{マンション} 丁目 番 号 棟 号室	電話	—	
受ける人の氏名	フリガナ	男 ・ 女		
保護者の氏名	生年月日	平成	年	月 日生 満 歳 カ月
質問事項（あてはまる項目を○でかこんでください）		回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか		いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		あった あった ある	なかった なかった ない	1回目
現在下痢をしていますか（ ）回 日間		はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）		ある	ない	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）		はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友だちで麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか 病名（ ）		はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ ）		はい	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、 免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか 病名（ ）		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて よいといわれましたか		はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃		ある	ない	
そのときに熱がでましたか		はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪く なったことがありますか		ある	ない	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		いる	いない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前（ ）		ある	ない	2回目
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		いる	いない	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか		ある	ない	
診察の結果、予防接種可能と医師の判定があれば、効果や副反応など について理解した上で、予防接種をしますか この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、 本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン（ ）		はい	いいえ	
診察前の体温		度 分		
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）		医師の署名		
ワクチンのLotNo.	接種量 （経口投与）	実施場所・医師名		※
	0.05ml	実施場所 医師名	保健福祉総合センター健康増進課	
		接種年月日	平成 年 月 日	

※印は記入しないでください。

ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

B C G 予診票

(太わく内を記入してください)

池田市

住所	町 _____ マンション 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 棟 _____ 号室 _____	電話	-
受ける人の氏名	フリガナ _____	男 ・ 女	
保護者の氏名	生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	満 _____ 月 _____ 日	
質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)		回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか		いいえ	はい
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 (_____) g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		あつた あつた ある	なかつた なかつた ない
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください (_____)		はい	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 (_____)		はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (_____)		はい	いいえ
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、結核、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 (_____)		はい	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		はい	いいえ
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (_____) カ月頃		はい	いいえ
そのときに熱がでましたか		はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 (_____)		ある	ない
近親者にBCG接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい	いいえ
今日のBCG接種について質問がありますか		はい	いいえ
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか (接種を希望しません ・ 接種を希望します) この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者自署 (_____)			
診察前の体温		度	分
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日のBCG接種は (可能・見合わせる)		医師の署名	
ワクチンのLotNo.	接種量	実施場所・医師名	
日本BCG製造	規定量をBCG 管針を用いて 経皮接種	実施場所 保健福祉総合センター 医師名 _____ 接種年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			※

<input type="checkbox"/> 新規請求 <input type="checkbox"/> 転入届	整理番号			

特別児童扶養手当 ー 継続用紙 ー

平成 年分所得

あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について

氏名	⑩ 請求者		⑪ 配偶者		⑫ 扶養義務者		
	続柄		続柄		続柄		
⑬ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	⑭ 老人控除対象者及び老人扶養家族の合計数	人	⑮ 老人控除対象者及び老人扶養家族の合計数	人	⑯ 老人控除対象者及び老人扶養家族の合計数	人
⑰以外で請求者によって生計を維持していた児童	人	⑱ 特定扶養親族の数	人				
⑲ 所得額	円		円		円		円
障害者・特別障害者である請求者、控除対象の配偶者及び扶養親族の数	⑳ 障害者控除		㉑ 障害者控除		㉒ 障害者控除		
	人	㉓ 特別障害者控除	人	㉔ 特別障害者控除	人	㉕ 特別障害者控除	人
㉖ 寡婦(寡夫)・特別寡婦・勤労学生控除の別	<input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) <input type="checkbox"/> 勤労学生		<input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) <input type="checkbox"/> 勤労学生		<input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) <input type="checkbox"/> 勤労学生		
	<input type="checkbox"/> 特別寡婦		<input type="checkbox"/> 特別寡婦		<input type="checkbox"/> 特別寡婦		
㉗ その他の控除 ハ 配偶者特別控除 イ 医療費控除 ロ 雑損控除 ハシ 小規模企業共済等掛金控除 ソ その他()	円		円		円		円
	円		円		円		円
	円		円		円		円
	円		円		円		円
㉘ 社会保険料等相当額	800000円		800000円		800000円		円
㉙ 控除後の所得額	円		円		円		円

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。
 なお、この請求の審査に必要な関係書類について閲覧及び調査することを承諾します。

大阪府知事 様

氏名 _____

※ 印鑑がない場合、サインでも可能です。

※市区町村確認・証明欄

添付書類

- 戸籍謄(抄)本 _____ 部
 世帯全員の住民票 _____ 部
 振込先口座申出書
 診断書(様式第 _____ 号)(様式第 _____ 号)
 身障手帳の写(再判定 無・有 年 月 日)
 療育手帳の写()
 エックス線フィルム
 前住所地の所得証明書 _____ 部
 別居監護申立書・証明書
 養育申立書・証明書
 その他()

- 課税台帳と相違がない事を確認済
 その他身分生計維持関係相違がない事を確認済
 過去の手当の受給状況
 その他
 なし
 あり(証書番号 _____)
 { _____ }

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

市町村長



受付年月日
平成 年 月 日

区分
新規 転入

児童扶養手当認定請求書（府外転入届）



池田市長様

請求年月日(転入年月日)	支払開始年月	転入元	前都道府県住所
平成 年 月 日	平成 年 月 日		都道府県

児童扶養手当法施行規則第26条（添付書類の省略等）を承諾します。

関係書類を添えて本書のとおり請求（届出）します。

あ な た の こ と に つ い て	姓 名 フ リ ガ ナ		通 称 名				
	生年月日	性別	受 在留資格	在留期限	自宅電話番号	連絡先電話番号	※記名押印に代えて署名することができます。
	昭 年 月 日	男 父・母	平 年 月 日				
	平 年 月 日	女 養 親					
	住 所			気 付 ・ 方 書			
	町	丁目	番(番地)	号			
	郵便番号		住所要件該当者		振込希望金融機関等		
	住所要件の方のみ記入(住民票の住所)		銀行		支店		口座番号
	市(区) 町(村) 丁目 番号		勤務先名称又は職業名		勤務先所在地		
	住所要件該当の場合の郵便番号		勤 務 先 所 在 地				
障害の有無	配偶者の有無	公 的 年 金 受 給 状 況		児 童 の 父 又 は 母 の 死 亡 に よ る 遺 族 補 償 の 受 給 状 況			
ある・ない	ある・ない	① 受けることができる } 種類 () ② 支給停止 } ③ 受けることができない } 基礎年金番号・年金コード ()		① 受けることができる } 種類 () ② 支給停止 } ③ 受けることができない }			

所得 年分	(イ) 老人控除対象配偶者及び 老人扶養親族の合計数 (ロ) 特定扶養親族の数	申告 の有無	控除対象 配偶者及 び扶養親 族の合計 数	その 他の 児童	所 得 額			障 害 者 控 除 の 人 数	特 別 障 害 者 控 除 の 人 数	寡 婦 ・ 寡 夫 等 控 除 の 人 数	特 別 寡 婦 等 控 除 の 人 数	勤 労 学 生 控 除 の 人 数	雑 損 控 除 医 療 費 控 除 小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金 配 偶 者 特 別 控 除 其 他 ()	社 会 保 険 料 等 額 等	控 除 後 の 所 得 額
					児童扶養手 当法施行令 第1項によ る所得の額	(ア) 児童扶 養手当法 施行令第 3条に定 める金品 等の額	(ア)の額の 8割相当額								
請 求 者															
配 偶 者	氏名													80,000	
扶 養 義 務 者	氏名 続柄	の 該 有 無													

※請求者が父又は母である場合には、寡婦（夫）控除、特別寡婦控除は適用しません。

②入力	⑤整理(証番)番号
0	1

児童扶養手当 - 継続用紙



C#	⑤4 姓	名	⑤5 フリガナ	⑤6 生年月日	⑤7 性別	⑤8 孤児	
0	1			昭平年 月 日	男		
児童のことについて	⑤9 続柄	⑥0 監護又は養育を始めた年月日	⑥2 右余白 該当事由参照	⑥4 障害の有無	⑥5 障害の種類	⑥7 判定年月日	死亡・生死不明・拘禁のときは、その該当事由・該当年月日
		昭平年 月 日	昭平年 月 日	有	ある	昭平年 月 日	
		⑥9 児童の父の氏名	⑦0 フリガナ	⑦1 生年月日	⑦2 該当事由(死亡・生死不明・拘束)	父拘禁有期	
		昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	
		⑦3 児童の母の氏名	⑦4 フリガナ	⑦5 生年月日	⑦6 該当事由(死亡・生死不明・拘束)	母拘禁有期	
	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日		
	⑦7 児童が父又は母の死亡により受けることができる公的年金・遺族補償の受給状況又は児童が加算の対象となっている父の公的年金の受給状況			⑦8 児童の父又は母が障害である時			
	父又は母の職業又は勤務先名			等級	障害種別	年金種別	公的年金の基礎年金番号・年金コード
	種類 ()						父又は母障害有期
	基礎年金番号・年金コード ()						昭平年 月 日

C#	⑤4 姓	名	⑤5 フリガナ	⑤6 生年月日	⑤7 性別	⑤8 孤児	
0	2			昭平年 月 日	男		
児童のことについて	⑤9 続柄	⑥0 監護又は養育を始めた年月日	⑥2 右余白 該当事由参照	⑥4 障害の有無	⑥5 障害の種類	⑥7 判定年月日	死亡・生死不明・拘禁のときは、その該当事由・該当年月日
		昭平年 月 日	昭平年 月 日	有	ある	昭平年 月 日	
		⑥9 児童の父の氏名	⑦0 フリガナ	⑦1 生年月日	⑦2 該当事由(死亡・生死不明・拘束)	父拘禁有期	
		昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	
		⑦3 児童の母の氏名	⑦4 フリガナ	⑦5 生年月日	⑦6 該当事由(死亡・生死不明・拘束)	母拘禁有期	
	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日	昭平年 月 日		
	⑦7 児童が父又は母の死亡により受けることができる公的年金・遺族補償の受給状況又は児童が加算の対象となっている父の公的年金の受給状況			⑦8 児童の父又は母が障害である時			
	父又は母の職業又は勤務先名			等級	障害種別	年金種別	公的年金の基礎年金番号・年金コード
	種類 ()						父又は母障害有期
	基礎年金番号・年金コード ()						昭平年 月 日

⑦9 その他身分生計維持関係相違なし 確認(有・無)	⑧0 課税台帳と相違なし(有・無)	⑧1 公的年金照合	あり	種類 ()	なし
(備考) ・生計維持方法 ・前夫又は前妻の居住地 ・児童の父又は母の居住地 ・請求が遅れた理由		・方書人との続柄 ・過去の手当の受給状況		(添付書類) 戸籍簿(抄)本 世帯全員の住民票 公的年金調書 専契婚姻届申立書・調査 第1号申立書・証明 第3号調書 診断書・X線写真 拘禁証明書 前住所地の所得証明 養育申立書・証明 別居監護申立書・証明 住所要件申立書・証明 生計に関する申告書 児童扶養手当法施行令第3条に定める金品等に関する申告書 その他 ()	
		・水道減免 ・ひとり親家庭医療		P.C入力 (/ 済) (/ 完了)	

池田市長 様		子ども手当 認定請求書 (※)										提出年月日 平成 年 月 日			※受付確認年月日 平成 . .				
請求者	ふりがな	池田市										支払希望金融機関	銀行						
	氏名	㊟											名称	支店 本店営業部					
	職業	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日	配偶者の有無	有・無	ふりがな	配偶者の職業	ア.被用者 イ.公務員 () ウ.被用者等でない者	普通預金口座番号									
	フリガナ												フリガナ						
子ども	氏名	続柄	生年月日	同居別居の別	海外留学を している場合 出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※子どもとの関係	※3歳未満	※3歳以上 小学校修了前	※小学校 修了後中 学校修了前							
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
加入している年金等の 年金手帳、組合員証 又は加者証の種類		ア.厚生年金保険		エ.地方公務員等共済		※ 認定・却下年月日		※ 支給開始年月		※ 手当月額									
		イ.私立学校教職員共済		オ.国民年金		平成 . .		平成 . .		3歳未満分	円								
		ウ.国家公務員共済		カ.その他()						3歳以上小学校 修了前分	円								
						中学生分	円												
						計	円												

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

◎ 字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください

◎ 記名押印に代えて、署名することができます。

※ 出生 転入 受給者変更 公務員変更
その他()

注意

- 1 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「配偶者の氏名」及び「配偶者の職業」の欄は、「配偶者の有無」の欄で「有」を選んだ場合に記入してください。なお、配偶者には、子どもを懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、請求者と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含みます。
- 3 「子ども」の欄は、請求者が養育(監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。以下同様です。)をする18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある全ての子について、記入してください。
- 4 子どもが海外に留学している場合は、「海外留学をしている場合の出国年月」の欄に、いつから留学しているか(出国した年月)を記入してください。
- 5 「生計関係」の欄は、次によって記入してください。
 - ① 「同一」は、子どもが請求者自身の子である場合や請求者が未成年後見人又は父母指定者である場合で、請求者がその子と生計を同じくしているときに○で囲んでください。
 - ② 「維持」は、子どもが請求者自身の子でない場合で、請求者がその子の生計を維持しているときに○で囲んでください。
- 6 「加入している年金等の年金手帳、組合員証又は加入者証の種類」の欄は、請求者の請求の日における公的年金制度の加入の状況について、次により記入してください。
 - ① 加入している公的年金制度について、「ア」から「カ」までのいずれか該当するものを○で囲んでください。「カ」を○で囲んだ場合は、()内にその年金の名称を記入してください。
 - ② 「ア」を○で囲んだ場合で、第四種被保険者または高齢任意加入被保険者(これらの者が保険料を自ら全額負担している場合に限る。)であるときは、当該欄の余白に「四種」又は「高任」と記入してください。
- 7 この請求書には、次の書類を添えて提出してください。
 - ① 子どもが他の市町村(特別区を含みます。以下同様です。)に住所を有する場合は、その子どもの属する世帯の全員の住民票の写し(続柄・本籍が記載されたもの)
 - ② 子どもが海外に留学している場合は、当該子どもが日本国内に住所を有しなくなった日の前日まで引き続き3年を超えて日本国内に住所を有し、教育を受けることを目的として外国に居住していることを明らかにすることができる書類
 - ③ 子どもが請求者自身の子があり、請求者がその子どもと別居している場合は、請求者のその子どもに対する養育の状況を明らかにすることができる書類
 - ④ 請求者が未成年後見人である場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
 - ⑤ 請求者が父母指定者である場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
 - ⑥ 子どもが請求者自身の子でない場合は、父母とその子どもとの養育関係及び請求者とその子どもとの養育関係を明らかにすることができる書類(請求者が未成年後見人又は父母指定者である場合を除く。)
 - ⑦ 生計を同じくしない配偶者等と別居し、子どもと同居している場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
 - ⑧ 請求者が被用者であるときは、当該事実を明らかにすることができる書類

様式第2号

乳幼児（エンゼル）医療証交付（更新）申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

申請者 住 所 _____

(保護者) 氏 名 _____

電話 - -

下記のとおり医療証の交付を申請します。なお、池田市乳幼児(エンゼル)医療費の助成に関し、今後市町村課税台帳等により調査をすることを承諾します。

対象者番号		制度区分		適用年月日	交付日
		乳幼児・3子・4子以降		年 月 日	年 月 日
申請理由	1.乳幼児（エンゼル）該当 2.出生 3.転入 4.保険加入 5.生保廃止 6.その他（ ）				
対象者 (乳幼児)	住 所	池田市			
	氏 名	生 年 月 日 (和 暦)	性別	続 柄	
	フリガナ	年 月 日	男・女		
保 護 者	生計	氏 名	生 年 月 日 (和 暦)	性別	続 柄
	<input type="checkbox"/>		年 月 日	男・女	
	<input type="checkbox"/>		年 月 日	男・女	
加 入 医 療 保 険	被保険者	住 所			
		氏 名	対 象 者 と の 続 柄		
	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国・国組	附 加 給 付	有・無	
	記号・番号			対 象 者 < 資 格 取 得 年 月 日 >	
				年 月 日	
発 行 機 関 名			保 険 者 番 号		

身体障害者及び知的障害者医療証交付申請書

平成 年 月 日

池田市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 続柄（対象者の） _____ 電話 _____

下記のとおり医療証の交付を申請します。

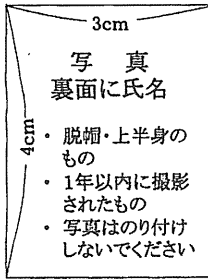
※申請は、障害の状況を証する書類（身体障害者手帳・療育手帳又は判定機関の証明書等）を添えて行ってください。
 ※申請者は、障害の状況を証する書類（身体障害者手帳・療育手帳又は判定機関の証明書等）を添えて行ってください。
 ※申請者の欄および太線わく内について記入してください。
 ※該当する内容は字句または数字を○で囲んでください。

申請理由	1. 障害者該当 2. 転入 3. 保険加入・変更 4. 生保廃止 5. 所得制度無 6. ()			
対象者	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	性別	男・女
	住所	住民となった日 年 月 日		
保護者 〔後見人〕 〔親権者〕	住所	Tel -		
	氏名	生年月日 年 月 日	対象者の 続柄	
加入医療 保 険	世帯主・被保険者等氏名			対象者の 続柄
	世帯主・被保険者等住所			
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国	附加給付 有・無	
	記号	番号	資格取得年月日 年 月 日	
	発行機関	所在地		
名 称 (符号)				
障 害 者 の 状 況	身体障害 の 状 況	程度（級別） 1・2・3・4・5・6	障害種別 視・聴・言・肢・内	
		身体障害者手帳 平成 年 月 日 発行第 号		
	知的障害 の 状 況	程度 重度・中度・軽度	判定機関	判定年月日 年 月 日
療養手帳 平成 年 月 日 発行第 号				
医 療 証 番 号	第 号	適用年月日		発行年月日
		平成 . .		平成 . .

身体障害者手帳交付等申請(届出)書

池田市長様

平成 年 月 日



申請(届出)事由	
交付	新規・等級変更・障害名追加・再認定 (1.2.5.6) (1.2.4.5.6) 破損・紛失・写真貼替・氏名変更 (1.2.4) (1.2.3) その他()
変更	転入・市内転居・その他() (1.2.3.4)
返還	平成 年 月 日 死亡・非該当 (1.2.4)
受付者	

再交付日	平成 . . .
手帳番号	池田市 第27204 号
5. 同時申請	更生医療 (有・無) 障害者医療 (有・無)
6. 他手帳交付の有無	無・精神・療育

1. 申請者(15歳未満の児童の保護者)・代理人について

※障害者本人以外が申請書を提出する場合のみ記入してください。
※家族以外の代理人が申請する場合は、身分証を提示してください。(免・保・他)

フリガナ 氏名	〒 - (印)
住所	〒 - 電話番号 () -
(保護者・代理人の場合) 本人との関係	家族 () ・その他 ()

※備考欄(連絡事項)

2. 申請者(障害者本人)について

フリガナ (新)氏名	〒 - (印)	生年月日	性別
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
(新)住所	〒 - 池田市 電話番号 () -		

3. 変更事項について

フリガナ 旧氏名	〒 -	変更日	平成 年 月 日
旧住所	〒 -		

4. 既交付手帳の内容について ※手帳のコピー(記載欄すべて)を添付すること。

手帳番号	交付年月日
都・道・府・県 第 号 市 (区)	交付 年 月 日 再交付 年 月 日
総合等級	障害名 (障害等級)
級 種	

※ 申請者(障害者本人、15歳未満の児童の保護者)が氏名欄に自筆で署名する場合は、押印を省略することができます。
※ 代理人は、身分証のコピーを添付することにより、押印を省略することができます。
※ 手帳交付には約1ヶ月の期間を要します。ただし、診断書の内容を審査会へ諮問したり、診断書作成医師へ照会する場合は、2ヶ月から3ヶ月程度かかりますので、あらかじめご了承ください。
手帳ができましたら、封書でお知らせします。

市町村受付印

身体障害者更生指導台帳の送付先 福祉事務所名及び所在地 (転入先の福祉事務所が記入)	
--	--

※ 2 7 2 0 4

障害者手帳申請書

(居住地の変更の届出書)

池田市長様

平成 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳
 に関して、下記の事項について申請します(届け出ます)。(該当事項に○印)

- (1) 精神障害者保健福祉手帳の交付の申請
- (2) 他の都道府県・市町村より居住地を移した旨の届け出
- (3) 障害等級の変更の申請
- (4) 精神障害者保健福祉手帳の更新の申請

写真
 (たて4cm、よこ3cm)
 (1) 脱帽・上半身
 (2) 原則として1年以内
 に撮影したもの
 (3) 写真の裏面にボール
 ペンで氏名を記入して
 ください。
 (4) 写真はのりづけせず
 裏返しにしてセロテープ
 で仮止めしてください。

申請者 (届出者)	フリガナ	◎	性別	生年月日						
	氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日						
[障害者 本人]	住所	大阪府池田市		電話 ()						
	居住地の変更の 届出者のみ記入	変更前 の住所	変 更 年月日	平成 年 月 日						
家族の 連絡先	氏名	続柄	住所	電話 ()						
添 付 書 類 (✓印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書		既存の手帳の手帳番号							
	<input type="checkbox"/> 年金証書等の写し (級)		既存の手帳の有効期限			年		月		日
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し		既存の通院医療費の受給者番号							
			既存の通院医療費の有効期限			年		月		日
申請書 (届出書) を提出 した者	氏名	◎		本人 との 関係 (✓印)	<input type="checkbox"/> 本人					
	住所	電話 ()			<input type="checkbox"/> 家族					
				<input type="checkbox"/> 医療機関職員 ()						
				<input type="checkbox"/> その他 ()						

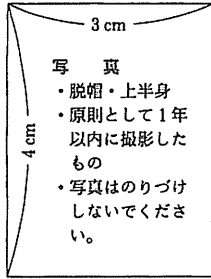
※ 1 2 3 N

※ 有 無(府保管) 無(年金証書)

広域福祉課受付印

市町村受付印

- (注) 1 新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必要です。
 2 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
 3 ※の欄は記入しないでください。
 4 裏面の障害者手帳に関する注意事項を読んだ上でご記入ください。



療育手帳交付申請書

年 月 日

大阪府知事様

申請者 郵便番号
住所
氏名

㊞

本人との続柄

大阪府療育手帳に関する規則第3条第1項の規定により、療育手帳の交付を申請します。

申請区分	11 新規	
	12 他の都道府県又は指定都市(大阪市及び堺市を除く。)から転入() 県・市)	
	13 大阪市又は堺市から転入	

旧手帳番号 第 号

本人	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名							
住所	大阪府	市	町					
		郡	村					
	コード	2	7					電話番号
								— —

保護者	フリガナ			続柄	
	氏名				
住所	大阪府	市	町		
		郡	村		
	コード	2	7		
					電話番号
					— —

身体障害者手帳	有	等	障害名	
	無	級	級	

判定の記録	総合判定	1 A	2 B 1	3 B 2
	判定年月日	4 非該当(理由:)		
	次の判定年月	年	月	日

(判定機関)

判定機関コード

㊞

注: 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。

(大阪府用)

新規・一部増
包括・一部減
その他

国民健康保険被保険者 資格取得・喪失・変更届

受付印

被保険者記号番号 池田	C/D	受付年月日	課長	課長代理	保険料担当	給付担当	被保険者証 年月日郵送 一般・退職・高齢
----------------	-----	-------	----	------	-------	------	----------------------------

世帯主住所 池田市	氏名	印	TEL
届出人住所 □上に同じ	氏名	印	TEL □上に同じ

受領印	取得	異動年月日	年齢	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	続柄	学区区分	保険証	本人印	取得・増
					男・大 女・昭	明・大 昭・平		学遠 取消	回収 処理 誓約		01 入・入 02 入・入 03 入・入 04 入・入 05 入・入 06 入・入 07 入・入 08 入・入 09 入・入 10 入・入 11 入・入 12 入・入 13 入・入 14 入・入 15 入・入 16 入・入 17 入・入 18 入・入 19 入・入 20 入・入 21 入・入 22 入・入 23 入・入 24 入・入 25 入・入 26 入・入 27 入・入 28 入・入 29 入・入 30 入・入 31 入・入 32 入・入 33 入・入 34 入・入 35 入・入 36 入・入 37 入・入 38 入・入 39 入・入 40 入・入 41 入・入 42 入・入 43 入・入 44 入・入 45 入・入 46 入・入 47 入・入 48 入・入 49 入・入 50 入・入 51 入・入 52 入・入 53 入・入 54 入・入 55 入・入 56 入・入 57 入・入 58 入・入 59 入・入 60 入・入 61 入・入 62 入・入 63 入・入 64 入・入 65 入・入 66 入・入 67 入・入 68 入・入 69 入・入 70 入・入 71 入・入 72 入・入 73 入・入 74 入・入 75 入・入 76 入・入 77 入・入 78 入・入 79 入・入 80 入・入 81 入・入 82 入・入 83 入・入 84 入・入 85 入・入 86 入・入 87 入・入 88 入・入 89 入・入 90 入・入 91 入・入 92 入・入 93 入・入 94 入・入 95 入・入 96 入・入 97 入・入 98 入・入 99 入・入 00 入・入
					男・大 女・昭	明・大 昭・平		学遠 取消	回収 処理 誓約		01 入・入 02 入・入 03 入・入 04 入・入 05 入・入 06 入・入 07 入・入 08 入・入 09 入・入 10 入・入 11 入・入 12 入・入 13 入・入 14 入・入 15 入・入 16 入・入 17 入・入 18 入・入 19 入・入 20 入・入 21 入・入 22 入・入 23 入・入 24 入・入 25 入・入 26 入・入 27 入・入 28 入・入 29 入・入 30 入・入 31 入・入 32 入・入 33 入・入 34 入・入 35 入・入 36 入・入 37 入・入 38 入・入 39 入・入 40 入・入 41 入・入 42 入・入 43 入・入 44 入・入 45 入・入 46 入・入 47 入・入 48 入・入 49 入・入 50 入・入 51 入・入 52 入・入 53 入・入 54 入・入 55 入・入 56 入・入 57 入・入 58 入・入 59 入・入 60 入・入 61 入・入 62 入・入 63 入・入 64 入・入 65 入・入 66 入・入 67 入・入 68 入・入 69 入・入 70 入・入 71 入・入 72 入・入 73 入・入 74 入・入 75 入・入 76 入・入 77 入・入 78 入・入 79 入・入 80 入・入 81 入・入 82 入・入 83 入・入 84 入・入 85 入・入 86 入・入 87 入・入 88 入・入 89 入・入 90 入・入 91 入・入 92 入・入 93 入・入 94 入・入 95 入・入 96 入・入 97 入・入 98 入・入 99 入・入 00 入・入
					男・大 女・昭	明・大 昭・平		学遠 取消	回収 処理 誓約		01 入・入 02 入・入 03 入・入 04 入・入 05 入・入 06 入・入 07 入・入 08 入・入 09 入・入 10 入・入 11 入・入 12 入・入 13 入・入 14 入・入 15 入・入 16 入・入 17 入・入 18 入・入 19 入・入 20 入・入 21 入・入 22 入・入 23 入・入 24 入・入 25 入・入 26 入・入 27 入・入 28 入・入 29 入・入 30 入・入 31 入・入 32 入・入 33 入・入 34 入・入 35 入・入 36 入・入 37 入・入 38 入・入 39 入・入 40 入・入 41 入・入 42 入・入 43 入・入 44 入・入 45 入・入 46 入・入 47 入・入 48 入・入 49 入・入 50 入・入 51 入・入 52 入・入 53 入・入 54 入・入 55 入・入 56 入・入 57 入・入 58 入・入 59 入・入 60 入・入 61 入・入 62 入・入 63 入・入 64 入・入 65 入・入 66 入・入 67 入・入 68 入・入 69 入・入 70 入・入 71 入・入 72 入・入 73 入・入 74 入・入 75 入・入 76 入・入 77 入・入 78 入・入 79 入・入 80 入・入 81 入・入 82 入・入 83 入・入 84 入・入 85 入・入 86 入・入 87 入・入 88 入・入 89 入・入 90 入・入 91 入・入 92 入・入 93 入・入 94 入・入 95 入・入 96 入・入 97 入・入 98 入・入 99 入・入 00 入・入
					男・大 女・昭	明・大 昭・平		学遠 取消	回収 処理 誓約		01 入・入 02 入・入 03 入・入 04 入・入 05 入・入 06 入・入 07 入・入 08 入・入 09 入・入 10 入・入 11 入・入 12 入・入 13 入・入 14 入・入 15 入・入 16 入・入 17 入・入 18 入・入 19 入・入 20 入・入 21 入・入 22 入・入 23 入・入 24 入・入 25 入・入 26 入・入 27 入・入 28 入・入 29 入・入 30 入・入 31 入・入 32 入・入 33 入・入 34 入・入 35 入・入 36 入・入 37 入・入 38 入・入 39 入・入 40 入・入 41 入・入 42 入・入 43 入・入 44 入・入 45 入・入 46 入・入 47 入・入 48 入・入 49 入・入 50 入・入 51 入・入 52 入・入 53 入・入 54 入・入 55 入・入 56 入・入 57 入・入 58 入・入 59 入・入 60 入・入 61 入・入 62 入・入 63 入・入 64 入・入 65 入・入 66 入・入 67 入・入 68 入・入 69 入・入 70 入・入 71 入・入 72 入・入 73 入・入 74 入・入 75 入・入 76 入・入 77 入・入 78 入・入 79 入・入 80 入・入 81 入・入 82 入・入 83 入・入 84 入・入 85 入・入 86 入・入 87 入・入 88 入・入 89 入・入 90 入・入 91 入・入 92 入・入 93 入・入 94 入・入 95 入・入 96 入・入 97 入・入 98 入・入 99 入・入 00 入・入
					男・大 女・昭	明・大 昭・平		学遠 取消	回収 処理 誓約		01 入・入 02 入・入 03 入・入 04 入・入 05 入・入 06 入・入 07 入・入 08 入・入 09 入・入 10 入・入 11 入・入 12 入・入 13 入・入 14 入・入 15 入・入 16 入・入 17 入・入 18 入・入 19 入・入 20 入・入 21 入・入 22 入・入 23 入・入 24 入・入 25 入・入 26 入・入 27 入・入 28 入・入 29 入・入 30 入・入 31 入・入 32 入・入 33 入・入 34 入・入 35 入・入 36 入・入 37 入・入 38 入・入 39 入・入 40 入・入 41 入・入 42 入・入 43 入・入 44 入・入 45 入・入 46 入・入 47 入・入 48 入・入 49 入・入 50 入・入 51 入・入 52 入・入 53 入・入 54 入・入 55 入・入 56 入・入 57 入・入 58 入・入 59 入・入 60 入・入 61 入・入 62 入・入 63 入・入 64 入・入 65 入・入 66 入・入 67 入・入 68 入・入 69 入・入 70 入・入 71 入・入 72 入・入 73 入・入 74 入・入 75 入・入 76 入・入 77 入・入 78 入・入 79 入・入 80 入・入 81 入・入 82 入・入 83 入・入 84 入・入 85 入・入 86 入・入 87 入・入 88 入・入 89 入・入 90 入・入 91 入・入 92 入・入 93 入・入 94 入・入 95 入・入 96 入・入 97 入・入 98 入・入 99 入・入 00 入・入

取得・一部増	転入前住所	喪失・一部減	転出後住所	備考 <input type="checkbox"/> 証明書発行 <input type="checkbox"/> 通知認定あり <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 方冊変更		
	現勤務先又は現在の職業		記号		番号	
	①基礎年金番号		事業所名			
	制度 厚生・共済・その他		取得年月日		保険者名	保険者番号
	年金種別 老齢・退職・その他		加入期間		記号	番号
	②基礎年金番号		事業所名			
	制度 厚生・共済・その他		取得年月日		保険者名	保険者番号
	年金種別 老齢・退職・その他		加入期間		池田市長様 上記の通り届けます。	
平成 年 月 日						

世帯メモ 入力済



様式第1号

助産施設入所申込書

年 月 日

池田市長様

妊産婦 住所 _____
氏名 _____ (印)

助産施設への入所について次のとおり申し込みます。

入所を希望する助産施設	第1希望
	第2希望
出産予定日	年 月 日
助産の実施を希望する理由	

妊産婦の家庭の状況

区分	氏名	妊産婦 との 続柄	生 年 月 日	性別	職業	課税の有無		備考
						本年度分 市民税	前年分 所得税	
妊産婦 の 世帯員						有・無	有・無	
						有・無	有・無	
						有・無	有・無	
						有・無	有・無	
						有・無	有・無	
生活保護の状況		適応なし ・ 適応あり (年 月 日保護開始)						
社会保険の 加入状況	加入の有無	有・無	保険の種類			出産一時金等の額		
	保険書の記号番号					被保険者名		

備考

- この入所申込書は、妊産婦が次の事項に注意し記入の上、提出してください。
- 申込書に徴収額決定のために必要な書類（課税証明書等）を添付して下さい。
- 「助産の実施を必要とする理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であるにもかかわらず、入院助産ができない具体的な理由を記入してください。
- 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人及び妊産婦の配偶者、同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」及び「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 備考欄については、健康状況等入院助産の実施につき参考となるべき事項を記入してください。