

母子保健法の施行に関する規則の一部を改正する規則をここに
公布する。

平成 29 年 10 月 20 日

鎌倉市長

松尾 崇

鎌倉市規則第 26 号

母子保健法の施行に関する規則の一部を改正する規則

母子保健法の施行に関する規則（平成25年4月規則第1号）の一部を次のように改正する。

第6条第1項中「世帯調書（第6号様式）及び生活状況を証明する書類」を「生活状況を証明する書類又はその写し及び世帯調書（第6号様式）」に改める。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式 (第2条)

【申請に必要なもの】※申請前に必ずご確認ください、申請書と一緒に持ちください。

【妊婦本人の申請】

市記入欄

| | | | |
|------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 妊婦本人 | マイナンバー通知カード をお持ちの方 | <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード+妊婦本人の顔写真付き公的証明書 (運転免許証・旅券等) 1点、 または、 <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード+顔写真のない公的証明書 (健康保険証・年金手帳・官公署が発行した身分証明書等) 2点 | <input type="checkbox"/> |
| | マイナンバーカード をお持ちの方 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードのみで申請できます。 | <input type="checkbox"/> |

【代理人の申請】

市記入欄

| | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 代理人 | <input type="checkbox"/> 委任状 (妊娠届出書の委任状の欄に妊婦本人が記入) <input type="checkbox"/> 妊婦本人のマイナンバーカード、または、妊婦本人のマイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 代理人の顔写真付き公的証明書1点、または、顔写真のない公的証明書2点 | <input type="checkbox"/> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

妊 娠 届 出 書

※マイナンバーおよび太枠の中をご記入ください。(妊婦本人がご記入ください)

| | | | | | |
|-------------|--|-------|---|---|---|
| 母子健康手帳番号 | | 妊娠届出日 | 年 | 月 | 日 |
| 妊婦本人のマイナンバー | | | | | |

【マイナンバーの利用目的について】妊婦のマイナンバーは、母子保健法施行規則にもとづき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊婦の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。

| | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|-------|---|-----------|
| フリガナ | | 生年 月日 | 年 | 月 | 日生 (歳) |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 鎌倉市 | 電話番号 | 自宅 | - | - |
| | | | 携帯 | - | - |
| 妊娠の診断を受けた医療機関名 医師名または助産師名 | | | | | |
| 妊娠週数 | 満 週 | 出産予定日 | 年 | 月 | 日 |
| 妊娠回数 | 今回 () 回目 | 出産回数 | () 回 | | |
| 今まで 2500g 未満の出産が | なかった | あった () g | | | |
| 今まで 4000g 以上の出産が | なかった | あった () g | | | |
| 1年以内に健康診断を受けましたか | 受けた | 受けていない | | | |

鎌倉市妊産婦健康診査費用補助券を受け取りました。

届出人署名

(続柄)

※代理人が申請する場合は必ず記入してください。

委 任 状 (※妊婦本人が記入してください)

年 月 日

委任者 (妊婦本人)

住所

氏名

私は、妊婦の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者 (代理人)

住所

氏名

電話

第4号様式 (その1) (第6条)

年 月 日

養育医療給付申請書

(宛先)

鎌倉市長

〒

住所 鎌倉市

氏名

生年月日 年 月 日生

お子さんとの続柄

電話 ()

養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、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。

| | | | | | | |
|------------------|------|---|---|---|------|-----------|
| 本人 | ふりがな | | | | | 1 新規 2 継続 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | 男・女 |
| 加入健康保険 | 保険者称 | | | | | |
| | 保険者号 | | | | | 記号及び番号 |
| 医療機関 (病院・診療所) | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |

処理欄

| | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--|--|--|---------|--------|----|---|
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | 自己負担月額 | 階層 | 円 |
| 有効期間 | 年 月 日から | | | | 年 月 日まで | | | |
| 診療予定期間 (継続診療予定期間) | 年 月 日から | | | | 年 月 日まで | | | |
| 次のとおり決定してよいでしょうか (伺い) | | | | | | | 起案 | ・ |
| (決裁欄) | | | | | | | 決裁 | ・ |
| | | | | | | | 交付 | ・ |
| 決定区分 | □給付を行います。 □給付を行いません 理由 () | | | | | | | |

マイナンバーの利用に関する同意書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

下記の者は、鎌倉市長が養育医療券交付の審査に当たり、母子保健法第21条の4第1項の規定による事務を処理するため、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、上記事務の処理に限って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 | |
| 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 |

(注)

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状等の代理権を証する書面を添付してください。
- 3 申請書に同意する者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略できます。
- 4 記載する欄が足りない場合は、欄外に記載してください。

付 則

この規則は、公布の日から施行する。