

長久手市未熟児養育医療給付実施要領

(目的)

第1条 この要領は、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第20条に規定する養育医療の給付（以下「養育医療の給付」という。）に関し、長久手市母子保健法施行細則（平成25年細則第26号。以下「細則」という。）第4条及び第5条の規定に基づき必要な事項を定めることで、未熟児の適正な養育を行うことを目的とする。

(対象)

第2条 養育医療の対象は、長久手市に住所を有し、法第6条第6項に規定する未熟児であって、医師が入院養育を必要と認めたものとする。なお、同項にいう諸機能を得るに至っていないものとは、例えば、次のいずれかの症状等を有している場合をいう。

(1) 出生時体重が、2,000グラム以下のもの

(2) 生活力が特に薄弱であって次に掲げるいずれかの症状を示すもの

ア 一般状態

(ア) 運動不安、けいれんがあるもの

(イ) 運動が異常に少ないもの

イ 体温が摂氏34度以下のもの

ウ 呼吸器、循環器系

(ア) 強度のチアノーゼが持続するもの、チアノーゼ発作を繰り返すもの

(イ) 呼吸数が毎分50を超えて増加の傾向にあるか、又は毎分30以下のもの

(ウ) 出血傾向の強いもの

エ 消化器系

(ア) 生後24時間以上排便のないもの

(イ) 生後48時間以上嘔吐が持続しているもの

(ウ) 血性吐物、血性便のあるもの

オ 黄疸

生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの

(指定養育医療機関)

第3条 養育医療の給付は、法第20条第4項の規定に基づき指定された指定養育医療機関において行うものとする。

(給付の範囲)

第4条 養育医療の給付の範囲は以下のとおりとし、移送費等を除きすべて現物給付とする。

(1) 診察

- (2) 薬剤又は治療材料の支給
 - (3) 医学的処置、手術及びその他の治療
 - (4) 移送
- (給付の申請)

第5条 養育医療の給付の申請は、母子保健法施行規則第9条の規定によるものであるが、その取扱いとは下記のとおりとする。

- (1) 申請者は、未熟児の保護者（以下「申請者」という。）であること。
- (2) 申請者は、養育医療給付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に指定養育医療機関の医師が記載した養育医療意見書（第2号様式。以下「意見書」という。）及びその他必要とする関係書類を必ず添付すること。
- (3) 申請者は、第11条に規定する自己負担額を納付することに代えて、長久手市子ども医療費支給条例（昭和48年長久手町条例第9号）第4条に規定する医療費として、長久手市子ども医療費支給条例施行規則（平成14年長久手町規則第29号）第5条に規定する支給申請及びその受領に関する一切を市へ委任する場合は、委任状（第3号様式）を申請書に必ず添付すること。

(給付の決定)

第6条 市長は、申請書を受理したときは、すみやかに養育医療を給付するか否かを決定するものとする。

- 2 市長は、養育医療の給付を行うことを決定したときは、養育医療券（第4号様式。以下「医療券」という。）を申請者に交付し、かつ医療券に記載した指定養育医療機関にその旨を通知するものとする。
- 3 市長は、養育医療の給付を行うことが適当でないと認めた時は、養育医療不支給通知書（第5号様式）により、申請者に通知するものとする。
- 4 医療券の交付に際しては、申請者に対し、その取扱いについて十分指導すること。なお、費用徴収する場合には、あらかじめ、周知徹底させておくものとする。

(給付の継続)

第7条 申請者は、指定養育医療機関が引き続き医療を継続する必要があると認める場合は、有効期間満了前に申請書に意見書を添付して、市長に申請する。

- 2 市長は、申請書を受理したときは、すみやかに養育医療を給付するか否かを決定し、前条に準じて処理するものとする。

(給付内容の変更)

第8条 申請者は、医療券の記載内容に変更があったときは、申請書に必要書類を添付して市長に提出する。ただし、医療内容に変更のないものについては、養育医療券記載事項等変更届（第6号様式）により届け出るものとする。

2 申請者は、医療券に記載された指定養育医療機関を変更するときは、申請書に転院先の指定養育医療機関の担当医師が作成した意見書及び転院元の指定養育医療機関の担当医師が作成した転院を必要とする理由を記載した転院理由書（第7号様式）を添えて、市長に申請する。

3 市長は、前各項（第1項の但し書きを除く。）の給付内容の変更について、決定を行ったときは、第6条に準じて、処理するものとする。

（移送費）

第9条 申請者は、移送費の給付の申請をしようとするときは、移送承認申請書（第8号様式）に証拠書類等を添えて、市長に申請するものとする。

2 市長は、移送承認申請書が当該移送に要する費用の必要最小限度の実費であり、かつ入院又は医師が特に必要と認めるときのものであると承認した場合は、移送承認通知書（第9号様式）により、申請者に通知するものとする。

3 市長は、移送承認申請書が適当ではないと認めた場合は、移送非承認通知書（第10号様式）により、申請者に通知するものとする。

（診療報酬の請求、審査及び支払）

第10条 医療費の請求、審査及び支払については、社会保険診療報酬支払基金愛知支部及び愛知県国民健康保険団体連合会との間に締結した契約によるものとする。

（自己負担額の徴収）

第11条 法第21条の4第1項の規定により当該措置に要する費用を扶養義務者から徴収することができる。

（医療保険各法との関連事項）

第12条 医療保険各法と養育医療給付との関係は、その未熟児が医療保険各法の被扶養者である場合は、医療保険各法による医療の給付が優先する。したがって、養育医療の給付は、いわゆる自己負担分を対象とするものである。

（その他）

第13条 給付の状況を明らかにするため「養育医療給付台帳」（第11号様式）を備え付けその状況を明らかにしておくこととする。

（委任）

第14条 この要領で定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期日）

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

この要領は、平成26年8月1日から適用する。

この要領は、平成28年1月1日から適用する。

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

この要領は、令和2年2月1日から適用する。

この要領は、令和3年4月1日から適用する。

この要領は、令和5年9月1日から適用する。

この要領は、令和6年12月2日から適用する。

この要領は、令和7年2月3日から適用する。

第1号様式（第5．6．7．8条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

長久手市長殿

申請者 住所 〒
電話番号
ふりがな
氏 名
(受療者との続柄)

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏名		個人番号	
	住所地 (住民票所在地)	〒		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒		
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
医療保険各法による記号及び番号				
保険者等の名称				
指定医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)			
	名称			
診療予定年月日		年 月 日から	年 月 日まで	
(添付書類) 1 養育医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類(世帯調書の同意がない場合)				

注)裏面の世帯調書も記入してください。
注)申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては、省略することができます。
注)「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
注)「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。
注)申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

世 帯 調 書

児童の属 する世帯 構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	個人番号
世帯外の 扶養義務 者	世帯員氏名	続柄	生年月日	個人番号
	(住所)			
	(住所)			

上記の者は、長久手市が母子保健法(昭和40年法律第141号)第21条の4に定める費用の徴収の額及び長久手市母子保健法施行細則(平成25年規則第26号)に基づく事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

税情報の利用(基準日に長久手市に住民票のない転入者用)

長久手市が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第14項に規定する情報提供ネットワークシステムを介して地方税関係情報を取得することに同意をされる場合、下記に署名(自署)すると共に本人確認書類を提示もしくは提出してください。

記載要領

1 同意する者が自ら署名を行うこと。

2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状(任意の様式)をとること。

3 同意者が申請者と同居している場合、住所の記入は省略し、「申請者と同居」にチェックをつけること。

4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

本人確認書類(提示もしくは提出)

免許証等顔写真付きのものは1点

顔写真がない証明書は2点

申請者 (自署)	氏名	生年月日
同意者 (自署)	氏名	生年月日
	住所	☐ 申請者と同居

第2号様式（第5．7．8条関係）

		県番号		点数表		医療機関コード	

養 育 医 療 意 見 書								
ふりがな 氏 名				性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生	
在胎週数		(単胎 / 双胎(胎))			出生時の体重		グラム	
症 状 の 概 要	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以上で増加傾向 (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) 血性吐物がある (4) 血性便がある					
			5 黄 疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い				
	その他の所見 (合併症の有無等)							
診 療 予 定 間 現 在 受 け て い る 療 養 状 況 の 過 去	年 月 日から 年 月 日まで							
	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							
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定医療機関の名称及び所在地 〒 TEL 医 師 氏 名 印								
							事務担当 者確認印	

第3号様式（第5.1.1条関係）

委任状

年 月 日

（あて先）

長久手市長

（委任者）

保護者 住 所 _____

氏 名 _____

受療者との続柄（ _____ ）

私は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4第1項の規定による養育医療の給付にかかる費用の徴収に関して、長久手市子ども医療費支給条例（昭和48年長久手町条例第9号）の規定に基づき助成される医療費に関する次の事項を委任します。

○子ども医療費助成の支給申請及び受給にかかる一切のこと

○子ども医療費の助成を受けた後に未熟児養育医療自己負担金に充てること

また、上記の委任事項を行うにあたって、長久手市子ども医療費支給制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

（受療者）氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

養育医療券

交付番号	号
------	---

公費負担者番号										受給者番号										更新																																																	
受 療 者	氏名																									様																																											
	現住所																																																																				
	生年月日					年										月										日										性別																																	
出生体重															g																																																						
申請者氏名																														様		受給者との続柄																																					
医療保険各法による記号及び番号																																																																					
保険者等の名称																																																																					
保険の種別																				1協会 2組合 3日雇 4船員 5共済 6国保 7生保 8その他()																																																	
診療予定期間										年										月										日から										年										月										日まで									
有効期間										年										月										日から										年										月										日まで									
指 定 医 療 機 関	所在地																																																																				
	名称																																																																				
上記のとおり決定します。																																																																					
年 月 日																																																																					
長 久 手 市 長																																																																					

第5号様式（第6条関係）

番 号
年 月 日

養育医療不支給通知書

申請者

様

長久手市長

印

母子保健法施行規則第9条第1項の規定による 年 月 日付け養育医療
の申請につきましては、次のとおり認定できませんでしたので通知します。

理由

1. 育成医療の対象となる状況ではないため
2. 育成医療の給付内容が適切でないため
3. その他（ ）

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に長久手市長に対し異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、長久手市長を被告として（訴訟において長久手市を代表する者は長久手市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

第6号様式（第8条関係）

養育医療券記載事項等変更届									
受 療 者	ふりがな					性別	生 年 月 日		
	氏 名					男・女	年 月 日		
	ふりがな								
	住 所								
申 請 者		ふりがな					続 柄		
		氏 名							
		ふりがな							
		住所 ※1							
交 付 番 号		第 号							
受給者番号									
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
変 更 内 容	事 項	変 更 前				変 更 後			
	受診者に関する 事項（住所・氏 名等）								
	申請者に関する 事項（住所・氏 名等）								
	保険者名等に関 する事項								
備 考									
養育医療券等に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 (保護者氏名) 長久手市長 殿									

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

転 院 理 由 書											
ふりがな						男 ・ 女	生年月日	年 月 日			
受給者氏名											
医 療 券	公費負担者番号					受給者番号					
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日									
転院年月日		年 月 日									
転院の理由											
(受給者氏名) _____ について、上記理由により転院を必要とする。 年 月 日 指定医療機関名 及 び 所在地 医師名 印											

第 8 号様式（第 9 条関係）

移送承認申請書			
受療者氏名			受給者番号
担当 医師 の 意見	移 送	移送区間	
		移送方法	
		移送年月日	
	移送を必要と認める事由		
	費用見積額		
年 月 日 指定養育医療機関の所在地 郵便番号 名称 電話番号 担当医師氏名 印			
やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由			
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者居住地 郵便番号 氏 名(自著) 電話番号 長久手市長 殿			
申請受付年月日			決定年月日

第 9 号様式（第 9 条関係）

移送承認通知書								
公費負担番号								
受給者番号								
受診者名								
交付年月日								
指定養育医療機関名								
移送 の 場 合	移送区間 から まで 移送方法 移送年月日 移送費概算額 円							
年 月 日付けで申請のありました、移送費につきましては、次のとおり承認する。 申請者 様 年 月 日 長久手市長 印								

第10号様式（第9条関係）

番 号
年 月 日

移送非承認通知書

申請者

様

長久手市長

印

月 日付けで申請のありました、移送承認申請につきましては、次のとおり承認できませんでしたので通知します。

理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に長久手市長に対し異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、長久手市長を被告として（訴訟において長久手市を代表する者は長久手市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過すると、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

養 育 医 療 給 付 台 帳

コード番号		制度別番号	都道府県番号	実施機関番号	*	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					所得 階 区 分	1 A										
	生 年 月 日	年 月 日 生					生 年 月 日	年 月 日 生					2 B		円								
	出 生 時 体 重						住 所						3 C		円								
医療券 交付年 月日等	医療券 交付年月日	年 月 日				加入 保険 区分	保険区分	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保 5 その他				指定養育 医療機関	4 D		円								
	医療券 有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日					保険者 の名称																
	診療予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日					医療保険各 法による記 号及び番号																
請求月	診療月	診療実日数	決定点数①	医療保険等負担額②	差引額 ①－②＝③	移送費等④		その他⑤		支弁額②＋④＋⑤＝⑥		備 考											

（注）コード番号欄の*は検証番号

