養育医療給付申請手続のご案内

医療の給付が必要になった日から３０日以内に、下記の書類を添えて提出してください。

書　類　名	部数	備　考
１ 養育医療給付申請書	１部	申請者（家族の方）がご記入ください。 ※世帯調書は赤ちゃんの続柄を本人として記入してください。 **※個人番号は、マイナンバーを利用して地方税関係情報を取得されることを希望する場合に記入してください（中間市に住所を有し、市町村民税の課税状況が判明している場合及び市町村民税課税（非課税）証明書の原本をお持ちの場合は、個人番号の記載は不要です。）。** なお、18 歳未満の方で未就業の場合は、個人番号の記載は不要です。 また、個人番号を記入する場合は、個人番号確認書類（全員分）（マイナンバーカード、住民票等個人番号が確認できる書類のいずれか１点）及び申請者の本人確認書類（写真付身分証明書１点又は写真なし身分証明書２点）をお持ちください。
２ 養育医療意見書	１部	赤ちゃんの主治医に書いてもらってください。
３ 世帯全員の住民票	１部	**世帯全員の住民票が中間市にある場合は、住民票は不要です。** ※住民票が中間市にない場合は、１部提出してください。
４ 市町村民税等を証明するもの（表１をご参照ください。）又は生活保護受給証明書	１部ずつ	赤ちゃんと生計を同じにする扶養義務者の方の証明書が必要です。 （赤ちゃんからみた父母、祖父母、兄弟姉妹、その他民法 877 条第１項に規定する者） ただし、１８歳未満の方で未就業の場合は証明書の提出は不要です。 ※父親が単身赴任の場合：世帯外の扶養義務者となります。

表１）

収入の状況	必要書類	発行先
市町村民税が賦課されている	市町村民税課税証明書	課税対象年度の１月１日現在に住所があった市町村 ※中間市に住所があった場合は不要
市町村民税が賦課されていない	市町村民税非課税証明書	

注意　１．**課税対象年度の１月１日現在に中間市に住所があった方は、当課で市町村民税等を確認しますので、証明書は不要です。**

２．１月から６月までの診療については前年度分、７月から翌年３月までの診療については当該年度分の証明書が必要です。

３．生活保護受給の方は、福祉事務所（生活支援課）発行の『生活保護受給証明書』が必要です。

４．世帯全員（健康保険に加入している扶養義務者）が非課税の場合は、赤ちゃんの『標準負担額減額認定書』が必要です。

- 国民健康保険の場合：健康増進課で交付
- 被用者保険の場合：各保険者で交付

５ 同意書（18 歳以上） **※マイナンバーで前住所地に市町村民税額等を確認する場合に必要。市町村民税額等確認書類をお持ちの場合及び中間市で税額等が確認できる場合は不要**	１部	18 歳以上の扶養義務者の方でマイナンバーを持っている本人が記入してください。ただし、マイナンバーを持っている本人が未成年者、成年被後見人等の場合は、その親権者、成年後見人等が自身の名前を記入してください。また、任意代理人が代理で自身の名前を記入する場合は、本人の委任状を一緒に提出してください。また、写真付きの身分証明書が必要です。
６ 健康保険証及び子ども医療証の原本とコピー	１部ずつ	赤ちゃんが加入している健康保険証と子ども医療証
７ 委任状	１部	申請者（家族の方）が記入してください。
８ 低体重児出生届	１部	母子健康手帳（別冊）の１ページ目にあります。
９ 母子健康手帳のコピー	１部	母子健康手帳の「出生届出済証明」「妊婦の健康状態」「妊娠中の経過観察」「出産の状態」をコピーしたもの。 （家庭訪問する際の資料とさせていただきます。）

【問い合わせ先】
中間市役所 健康増進課 高齢者医療係
TEL（０９３）２４６－６２４６

別記第１号様式（第３条関係）

養育医療給付申請書

年　　月　　日

中間市長　様

申請者　　郵便番号
住　　所
氏　　名
本人との続柄
電話番号

中間市未熟児養育医療給付実施要綱第３条の規定により次のとおり養育医療の給付を申請します。
なお、負担金の決定のために必要があるときは、世帯の市町村民税等の状況について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育医療の給付が決定されたときは、医療券を指定医療機関に提出することに同意します。

本　人	ふりがな 氏　名		男・女	生年月日	年　月　日	
	住　所				個人番号	
	現在地	病　院 診療所				
扶　養 義務者	氏　名		本人との続　柄		電話番号	
	住　所				個人番号	
被保険者証等の記号・番号	記号		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	名　称	病　院 診療所				
	所在地					
備　考						

世　帯　調　書					※認　定 （市記入欄）	階層区分	
						徴収月額	円
未熟児等の属する世帯の構成	氏　名 個人番号	本人との続　柄	性別	生年月日	市記入欄		
					階層区分	所得割の額	備考

世帯外の扶養義務者の
住所：
氏名：　　生年月日　　性別　　個人番号：

別記第１号様式（第３条関係）

養育医療給付申請書

令和×年××月××日

中間市長　様

申請者　郵便番号　809-8501
住　　所　中間市中間一丁目１番１号
氏　　名　中間　太郎
本人との続柄　父
電話番号　093-244-1111

中間市未熟児養育医療給付実施要綱第３条の規定により次のとおり養育医療の給付を申請します。
なお、負担金の決定のために必要があるときは、世帯の市町村民税等の状況について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育医療の給付が決定されたときは、医療券を指定医療機関に提出することに同意します。

本　人	ふりがな 氏　名	中間　二郎	(男)・女	生年月日	令和×年××月××日	
	住　所	中間市中間一丁目１番１号			個人番号	
	現在地	（※入院している場合は、病院の住所及び病院名） ××市×××丁目××番××号　〇〇〇〇〇〇				病院 診療所
扶養義務者	氏　名	中間　太郎	続柄	父	電話番号	093-244-1111
	住　所	中間市中間一丁目１番１号			個人番号	XXXX XXXX XXXX
被保険者証等の記号・番号	記号	××	番号	××××	保険者等の名称	〇〇〇〇〇〇
			名　称	〇〇〇〇〇〇		病院 診療所
			所在地	××市×××丁目××番××号		

個人番号は、市町村が市町村民税課税情報を把握していない場合（１月１日に市町村に住所がない場合）で、かつ、前住所地等の市町村民税課税（非課税）証明書をお持ちにならず、個人番号での照会を希望される場合に記載してください。

調　書					※認　定（市記入欄）	階層区分	
						徴収月額	円
未熟児等の属する世帯の構成	氏　名 個人番号	本人との続　柄	性別	生年月日	市記入欄		
					階層区分	所得税額	備考
	中間　太郎 XXXX XXXX XXXX	父	男	平成X年X月X日			
	中間　花子 XXXX XXXX XXXX	母	女	平成X年X月X日			
	中間　幸子	姉	女	平成X年X月X日			
	中間　一郎	兄	男	令和X年X月X日			
	中間　二郎	本人	男	令和X年XX月XX日			

世帯外の扶養義務者の　（単身赴任等世帯外に扶養義務者がいる場合に記入）
住所：××市×××丁目××番××号
氏名：　×××　××　　生年月日　平成×年×月×日　性別　男　個人番号：　XXXX XXXX XXXX

委　　任　　状

中間市中間一丁目１番１号
中間市長　福　田　　浩

上記の者を私の代理人と定め次の行為を委任します。

母子保健法第21条の４に基づく未熟児療育医療費の自己負担金に係る子ども医療費支給制度助成金の中間市長に対する請求行為及びその受領に関する 一切の権限

なお、代理人が受領した上記助成金については、私が支払うべき上記自己負担金へ充当していただくよう申出します。

年　　月　　日

（療育医療給付申請者）
住　所
氏　名

子 ど も 医 療 費
（　　）
受給資格証記号番号

「注　意」
未熟児養育医療自己負担額に対して充当することができる中間市の子ども医療費助成金は、中間市の子ども医療費助成制度において償還払（払戻し）の対象となる部分についてのみです。償還払（払戻し）の対象とならない部分につきましては、保護者の方へ納入通知書を送付いたしますので御了承ください。

別記第２号様式（第３条関係）

養 育 医 療 意 見 書

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td rowspan="2">生年月日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2">第　　子</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　所</td><td colspan="4" rowspan="2">中間市
電話番号　　－　　－</td><td>出生時体重</td><td>g</td></tr>
<tr><td>在胎週数</td><td>週</td></tr>
<tr><td rowspan="6">症
状
の
概
要</td><td colspan="2">１　一般状態</td><td colspan="4">（１）運動不安・けいれん
（２）運動が異常に少ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　体　温</td><td colspan="4">（１）摂氏 34 度以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　呼吸器
循環器</td><td colspan="4">（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</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　消化器</td><td colspan="4">（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</td></tr>
<tr><td colspan="2">５　黄　疸</td><td colspan="4">（１）生後数時間以内に発生　　（２）異常に強い</td></tr>
<tr><td colspan="2">※その他の所見
（合併症の有無等）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>診　療
予定期間</td><td colspan="5">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>現在受け
ている
医　療</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>症状の
経　過</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関の名称
及び所在地

医師氏名

（申請日が出生日から 31 日以上経過した場合に提出してください。）

遅　延　理　由　書

年　　月　　日

（申請者）　住　所

氏　名

養育医療給付申請に当たり、下記の理由で申請が遅れたことを届け出ます。

理由（詳細に記入してください。）

（マイナンバーを使用して地方税関係情報を取得されることに同意する場合に提出してください。）

別記第３号様式（第３条関係）

同　意　書

年　　月　　日

中間市長　様

下記の者は、中間市が母子保健法第 21 条の４第１項の規定に基づく事務手続を処理することに限って　　年度の地方税関係情報を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、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

記

同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	□ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	□ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	□ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	□ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	□ 申請者と同居

（注）同意する者が自ら署名すること。
代理人が署名する場合、本人から委任状をとること。
同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は裏面に記載すること。
申請書等に同意を必要と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して差し支えない。

（寡婦（寡夫）のみなし適用を申請する場合に提出してください。）

別記第８号様式（別表関係）

年　　月　　日

養育医療給付事業寡婦（寡夫）みなし適用申請書

中間市長　様

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

子の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、養育医療給付事業の申請に当たり、当該事業の費用負担の算定に関して、寡婦又は寡夫のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

【寡婦又は寡夫とみなされる者として該当する番号をチェックしてください。】

□　１　婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもののうち、扶養親族その他その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有するもの（２に掲げる者を除く。）

□　２　１に掲げる者のうち、扶養親族である子を有し、かつ、前年の所得が 500 万円以下であるもの

□　３　婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻をしていないもののうち、その者と生計を一にする子（前年の所得が基礎控除額以下である子）を有し、前年の所得が 500 万円以下であるもの

（注１）「前年の所得」とは、地方税法第 313 条第１項に規定する所得（総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額）の合計額となります。また、この事業の利用日が１月から６月までの場合は、前々年の所得となります。

（注２）「基礎控除額」とは、所得税法第 86 条第１項の規定により控除される額となります。

【添付書類】

１　申請者及び子の戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）

２　その他市長が必要と認めるもの

【注意事項】（申請に当たっては、次の内容について同意の上、申請を行ってください。）

１　市長が必要と認めた範囲において、児童扶養手当の支給に関する情報や申請者及び対象となる子の課税状況等の寡婦（寡夫）とみなすために必要な情報を関係部署に照会又は情報提供する場合があります。

２　この事業の利用後において、申請内容に虚偽があった場合は、寡婦（寡夫）みなし適用を取り消し、当該申請に基づき適用された利用料の減額分について全額返還いただくこととなります。