

未熟児養育医療制度について(ご案内)

未熟児養育医療は、出生時の体重が 2,000 グラム以下または身体の発育が未熟なまま生まれた赤ちゃんが、指定養育医療機関で入院治療を受ける場合に、医療の給付を行う制度です。

1. 対象になるのは、

次の条件をみたす指定養育医療機関の医師が入院治療を必要と認めた赤ちゃんです。

- ① 出生時の体重が 2,000 グラム以下または身体の発育が未熟なまま出生した 1 歳未満の児
- ② 長浜市に住所を有すること

2. 給付の対象は、

- ◇入院中の診察、処置、看護や薬剤、治療材料
- ◇入院中の食事代（ミルク代）

3. 公費負担の範囲は、

- ① 入院治療費のうち、医療保険適用後の自己負担額に対して公費負担されます。
- ② 高額医療費が適用になる方は、加入している健康保険組合等に請求手続きを行ってください。
- ③ 医療費は世帯の市民税額に応じて自己負担額を除いた費用を、未熟児養育医療として給付します。（食事療養費（ミルク代）は未熟児養育医療として給付）
- ④ ③の自己負担額は、長浜市では乳幼児福祉医療費助成制度により助成しています。請求の手続きは不要ですが保険医療課で、乳幼児福祉医療費受給券の交付を受けておいてください。
- ⑤ 養育医療制度では、保険が適用されない費用（例：おむつ代、文書料等）は、給付対象外（自己負担）ですので医療機関へお支払ください。

(参考図) 病院に支払う費用の内訳

医 療 費				食事療養費 ミルク代	差額室料、 おむつ代等
健康保険組合等の 負 担	高額 療養費	乳幼児 福祉医療	※ 養育医療	養育医療	自己負担

※世帯の所得税額に応じて自己負担額が、定められますが、長浜市では乳幼児福祉医療費助成制度により助成しています。

4. 申請の方法は、

次の書類を、長浜市健康推進課（ながはまウェルセンター内）または、北部健康推進センター（高月保健センター分室）へ、提出して下さい。

- ① 養育医療給付申請書
- ② 養育医療意見書（指定医療機関の主治医に記入をしてもらってください。）
- ③ 世帯調書

- ④ 市民税に関する証明（世帯調書に記載されている18歳以上の方全員分について必要です。）
※賦課期日に長浜市在住で、健康推進課職員が市民税課税状況について代行確認すること
を同意している場合は不要です。

この場合は、⑥同意書の記入をしてください。

※④～⑥のいずれかが
必要です

- ⑤ 生活保護に関する証明（生活保護を受けておられる世帯の方）

- ⑥ 同意書 世帯調書に記載した18歳以上の方を記入してください。

同意者自らが署名を行ってください。

代理人の方が署名される場合は委任状(任意の様式)が必要になります。

- ⑦（持ち物）お子様の健康保険が確認できるもの（お子様の資格情報のお知らせ 等）
乳幼児福祉医療費受給券

5. 申請後は、

- ① 「養育医療券」は、後日、特定記録郵便でご自宅へ郵送いたします。

- ② 入院中の指定養育医療機関の窓口に「養育医療券」を提示してください。

※紛失や、棄損による再交付、住所または保険証の変更、医療機関の変更については、手続き
が必要ですので健康推進課までご連絡ください。

養育医療申請窓口

- ◆〒526-0845 長浜市小堀町32番地の3（ながはまウェルセンター内）

長浜市健康推進課 【電話】 0749-65-7759

- ◆〒529-0233 高月町渡岸寺160

長浜市北部健康推進センター（保健センター高月分室）【電話】 0749-85-6420

※乳幼児福祉医療費受給券については、保険医療課（0749-65-6527）へ
お問い合わせください。

様式第2号（第3条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 ふ り が な 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)	郵便番号		個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶 養 義 務 者	氏 ふ り が な 名		本人との 続柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		個人番号		
加 入 健 康 保 険 の 記 号 及 び 番 号					
加 入 健 康 保 険 の 名 称					
希 望 する 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
備 考					
別紙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。 申 請 者 住 所 郵便番号 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 電 話 番 号 年 月 日 長浜市長 あて					
申 請 受 付 年 月 日			決 定 年 月 日		

記載上の注意

「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

「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。

「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

様式第3号（第3条関係）

養 育 医 療 意 見 書				
ふ り が な		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
氏 名				
在 胎 週 数	(単胎/双胎 (胎)	出生時の体重		グラム
(注) 2,001グラム以上の場合は、下記いずれかの症状を有していることが養育医療の給付要件です。				
症 状 の 概 要	1 一般 状態	(1) 運動不安・けいれん (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。		
	6 その他の 所見 (合併症 の有無 等)			
診 療 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
現 在 受 け て い る 医 療	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			
症 状 の 経 過				
上記のとおり診断します。 年 月 日 〒 所 在 地 医療機関 名 称 電話番号 医師氏名				

(注) 医師の氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第4号(第3条関係)

世帯調書(表)

申請者氏名					児 氏 名				
児の属する世帯構成(児と生計を一にしている人員全員)	(1) 世帯構成員名	性別	児との続柄	生年月日	職 業 (勤務先)	(2) 階層区分	(3) 市町村民税 所得割額	(4) 備考	
			個人番号						
			個人番号						
			個人番号						
			個人番号						
(5) 世帯外扶養義務者									
			個人番号						
			住所						
			個人番号						
			住所						
			個人番号						
			住所						
			個人番号						
			住所						

注 裏面の記載要領をよく読んで記載してください。

(裏)

記載要領

- (1) 欄 「世帯構成員」とは、児本人と生計を一にしている者をいいます。
本人を含めて、全世帯構成員を記入してください。
 - (2) 欄 記載は不要です
 - (3) 欄 児本人の扶養義務者で市町村税を課税されている場合、その所得割額を記入してください。
 - (4) 欄 世帯構成員中本人以外の児が、育成医療の給付、養育医療の給付、療育の給付若しくは補装具の交付(修理)を受け、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。
 - (5) 欄 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。
- 注) 申請後、給付が終了するまでの間に記載事項に変更が生じた場合は届け出てください。

同意書

長浜市長 あて

年 月 日

長浜市母子保健法施行細則第 3 条に基づく事務手続きを処理するため、
年度の地方税関係情報について健康推進課職員が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。

同意者 (申請者)	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	
	住所（申請者と同じ場合は省略可）	

(注)

- 1 同意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、本人からの委任状を添付してください。
- 3 申請書等に同意が必要な物の住所を記入している場合、同意書への住所の記載は省略することができます。
- 4 同意が必要な者の欄が同意者欄より多い場合は、裏面に記載してください。