

## 茨木市未熟児養育医療給付事業実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）、母子保健法施行令（昭和40年政令第385号）、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）及び茨木市養育医療の給付に係る費用の徴収に関する規則（平成25年茨木市規則第63号）に定めるもののほか、法第20条第1項の規定に基づく養育医療の給付（以下「養育医療の給付」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(給付対象者)

第2 養育医療の給付の対象者は、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている未熟児（法第6条第6項に規定する者をいう。以下同じ。）で別表に掲げる程度のいずれかの症状を有し、医師が入院による養育を必要と認めた者とする。

(給付内容)

第3 養育医療の給付は、現物給付とし、その範囲は次に掲げるものとする。

- (1) 診療
- (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) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (5) 移送

2 前項第5号に掲げる給付（以下「移送の給付」という。）は、医師が特に必要と認めた場合に限り行うものとする。

3 移送の給付の額は、法第20条第4項に規定する指定養育医療機関（以下「指定医療機関」という。）に入院する場合の移送に必要な最小限度の交通費の実支出額とする。

(養育医療の給付の申請)

第4 養育医療の給付（移送の給付を除く。以下同じ。）を受けようとする未熟児の保護者（第5において「申請者」という。）は、当該指定医療機関による当該医療の開始後速やかに、母子保健法施行規則第9条第1項の規定に基づき、養育医療給付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添付して、市長に申請するものとする。

- (1) 養育医療意見書（様式第2号）
- (2) 世帯調書（様式第3号）
- (3) 誓約書（様式第4号）

(4) その他市長が必要と認める書類

2 第1項の規定による申請は、当該未熟児が入院中に行うものとし、退院後に当該申請がなされたときは、原則として養育医療の給付は行わないものとする。

(医療給付の決定)

第5 市長は、第4第1項の規定による申請があったときは、内容を審査の上、速やかに養育医療の給付の可否を決定する。

2 市長は、養育医療の給付を行うことを決定したときは、申請者に母子保健法施行規則第9第2項の養育医療券（以下「医療券」という。）を速やかに交付するとともに、当該指定医療機関にその旨を通知する。

3 市長は、養育医療の給付を行わないことを決定したときは、申請者及び当該指定医療機関にその旨を通知する。

(移送の給付の申請)

第6 移送の給付を受けようとする未熟児の保護者（第7において「申請者」という。）は、当該指定医療機関において担当する医師の意見を記入した移送等給付申請書（様式第5号）を市長に提出するものとする。

(移送の給付の決定)

第7 市長は、第6の規定による申請があったときは、内容を審査の上、速やかに移送の給付の可否を決定する。

2 市長は、移送の給付を行うことを決定したときは、申請者に移送等給付承認書（様式第6号）を速やかに交付する。

3 市長は、移送の給付を行わないことを決定したときは、申請者にその旨を通知する。

(医療券の取扱い)

第8 医療券の有効期間の始期は、当該指定医療機関による養育医療の給付に係る医療の開始日とし、その終期は、第4第1項第1号の養育医療意見書に基づく当該医療の終了日とする。

2 養育医療の給付を受ける未熟児の保護者は、やむを得ない理由により他の指定医療機関に転院するときは、転院を必要とする理由を記載した医師の証明書を添付の上、新たに養育医療の給付を申請しなければならない。

3 養育医療の給付を受ける未熟児の保護者が医療券を汚損、破損又は紛失したときは、養育医療券再交付申請書（様式第7号）により再交付を受けることができる。この場合において、市長は、再交付した医療券には再交付である旨を表示するものとする。

4 医療券に記載されている事項に変更があった場合は、養育医療の給付を受ける未熟児の保護者は養育医療券記載事項変更届出書（様式第7号の2）と根拠書類を市

長に届け出るものとする。市長は養育医療券記載事項変更届出書の内容を審査し、変更の必要があると認めた場合は記載事項を変更した医療券を発行する。ただし、公簿により変更内容を確認できる場合は、根拠書類を省略できるものとする。

(養育医療の給付の継続の協議)

第9 指定医療機関は、医療券の有効期間を過ぎてなお当該医療を継続する必要があると認めるときは、当該有効期間中に養育医療継続診療協議書(様式第8号。以下「継続診療協議書」という。)により市長に協議するものとする。

(継続医療の決定)

第10 市長は、第9の規定による協議があったときは、内容を審査の上、速やかに承認の可否を決定する。

2 市長は、前項の規定による承認をするときは、養育医療継続診療承認書(様式第9号)を当該指定医療機関に交付する。

3 市長は、第1項の規定による承認をしないときは、当該指定医療機関にその旨を通知する。

(医療費の請求及び支払)

第11 指定医療機関は、養育医療の給付に係る医療を行ったときは、医療費のうち茨木市が負担する額(次に掲げる告示により算定した額から医療保険各法による給付の額を差し引いた自己負担額をいう。)を市長に請求するものとする。

(1) 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)

(2) 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)

(3) 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第496号)

2 前項の規定による請求の方法は、次に掲げる省令及び通知を適用するものとする。

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)

(2) 健康保険等の療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求事務の簡素化の実施に伴う育成医療等公費負担医療の取扱いについて(昭和51年8月7日児発553号厚生省児童家庭局長通知)

(3) 療養取扱機関の療養の給付に関する費用の請求及び療養取扱機関の老人医療費の支払の請求に関する省令の一部を改正する省令の施行に伴う育成医療等公費負担医療の取扱いについて(昭和49年9月27日児発618号厚生省児童家庭局長通知)

3 第1項の規定による請求及び支払は、市長が診療報酬の審査及び支払に関する事務を委託した者を通じて行うものとする。

(移送の給付の請求)

第12 移送の給付の決定を受けた未熟児の保護者が第3第3項の交通費を自ら負担したときは、移送費請求書(様式第10号)に、当該交通費の実支出額に関する証拠書類及び第7第2項の移送等給付承認書を添えて市長に請求するものとする。

(徴収金)

第13 市長は、養育医療の給付を受けた未熟児の扶養義務者に対し法第21条の4第1項及び茨木市養育医療の給付に係る費用の徴収に関する規則第2条の規定に基づき算定した額を徴収するものとする。

(未熟児の死亡)

第14 第4第1項の申請書を市長が受け付ける前に当該未熟児の死亡が確認されているときは、養育医療の給付は行わないものとする。

2 第4第1項の申請書を市長が受け付けた後、医療券の交付が決定されるまでに当該未熟児の死亡が確認されているときは、原則として養育医療の給付は行わないこととする。

(台帳の整備等)

第15 市長は、養育医療の給付の状況を明確にしておくため、未熟児養育医療個人台帳(様式第11号)を備え付け、その状況を明らかにしておくものとする。

2 市長は、第4第1項の申請書を受け付けたときは、養育医療申請関係処理簿(様式第12号)に記入し、その状況を明らかにしておくものとする。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱の実施の際現に大阪府未熟児養育医療給付事業実施要綱(昭和55年4月1日実施)の規定によりなされている手続その他の行為であってこの要綱の実施の日以後において本市が処理することとなる事務に係るものは、この要綱の相当規定によりなされた手続その他の行為とみなす。

3 この要綱の実施の際、大阪府未熟児養育医療給付事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

この要綱は、平成31年3月27日から実施する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和2年3月12日から実施する。

附 則

この要綱は、令和2年7月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和8年3月24日から実施する。

別表（第2関係）

未熟児養育医療給付対象基準

1 出生時体重が2,000グラム以下の未熟児		
2 生活力が特に薄弱であつて、右に掲げるいずれかの症状を示す未熟児	(1) 一般状態	ア 運動不安又はけいれんがあるもの
		イ 運動が異常に少ないもの
	(2) 体温	摂氏34度以下のもの
	(3) 呼吸器循環器系	ア 強度のチアノーゼが持続するもの 又はチアノーゼ発作を繰り返すもの
		イ 呼吸回数が毎分50を超えて増加の傾向にある又は毎分30以下のもの
		ウ 出血傾向の強いもの
	(4) 消化器系	ア 生後24時間以上排便のないもの
		イ 生後48時間以上嘔吐持続しているもの
		ウ 出血吐物又は血性便のあるもの
	(5) 黄疸	生後数時間以内に現れる又は異常に強い黄疸のあるもの（重症黄疸による交換輸血を含む。）

# 養育医療給付申請書

本人	ふりがな				性別	生 年 月 日					
	氏 名				男・女	年 月 日					
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 —									
	現 住 地 (住所地と異なる場合)	〒 —									
被保険者証等の 記号及び番号	記 号		番 号		社 保	保険者名					
					国 保	保険者番号					
指定養育医療機関 の名称及び所在地	名称： 所在地：										
備 考	生活保護（有 無）			個人番号（本人）							
				個人番号（扶養義務者）							
<p>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。</p> <p>なお、世帯情報及び税情報を確認するため、住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。また、母子保健業務関係機関に情報を提供されることを承諾します。福祉医療助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から福祉医療の助成額を差し引くため、福祉医療助成に係る所定の申請権限を茨木市長に委任します。個人番号を記入せずに提出した場合は、公簿等で個人番号を確認し、補記することに同意します。</p> <p>申請者（扶養義務者）</p> <p>申請者住所：〒 —</p> <p>_____</p> <p>（居住地）：〒 —</p> <p>_____</p> <p>電話番号 _____ 続柄 本人の _____</p> <p>（ふりがな）</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>申請者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>（申請先）茨木市長</p>											
申請受付年月日					決定年月日						

- (注)
- 1 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。
  - 2 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
  - 3 「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。
  - 4 「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。

# 養育医療意見書

ふりがな					性別	生 年 月 日													
本人氏名					男・女	年 月 日													
居住地																			
被保険者証等の記号及び番号	記号	番号			社保	保 険 者 番 号													
					国保														
出生時の体重	g	在胎週数	満 週	アプガー スコア	生後1分 点	出生の場所													
						(1)自院 (2)他院 (3)その他													
主たる症状 (1つ選んでください。)		(1) 極小未熟児 (2) 呼吸障害 (3) 仮死・無酸素症 (4) 先天異常 (5) 感染症 (6) 重症黄疸 (7) その他																	
概 要	1 一般状態	(1) 運動不足・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 呼吸器系 循環器系	(1) 強度のチアノーゼ持続 (4) 呼吸数が毎分 30 以下 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (5) 出血傾向が強い (3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向																	
	4 消化器系	(1) 生後 24 時間以上排便がない (3) 血性吐物・血性便がある (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続																	
	5 黄疸	(1) 生後数時間に発生 (2) 異常に強い																	
その他の所見 (合併症の有無等)																			
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																		
現在受けている医療	(1) 保育器の使用 (2) 酸素吸入 (3) 人工呼吸器の使用 (4) 経管栄養 (5) 輸液 (6) 交換輸血 (7) 光線療法 (8) 持続静脈内注射 (9) 人工換気療法 (10) その他の医療																		
症状の経過																			
上記のとおり診断する。																			
年 月 日																			
医療機関コード				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
指定養育医療機関の名称																			
所在地																			
電話番号																			
担当医師氏名																			

- (注) 1 本意見書は、指定養育医療機関の医師が作成してください。  
 2 本意見書の交付にあたっては、指定養育医療機関の医事担当課を経由してください。その際、医療機関コードについては、必ず記入してください。

# 世 帯 調 書

申 請 者 氏 名						本人氏名				
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	(1)世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業(勤務先)	(2)階層区分	(3)市町村民税額	(4)備 考	
(5) 世帯外扶養義務者	氏名									
	住所									
	氏名									
	住所									







養育医療券再交付申請書

受療者	氏名		男 女	年 月 日
	住所			
医療券番号	公費負担者番号	2 3 2 7 6 1 4 0	交付年月日	
	受給者番号		年 月 日	
申請理由	1 破損      2 汚損      3 紛失			
紛失の場合は事情を詳しく書いてください。				
<p>上記の理由により、医療券の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>（申請先） 茨木市長</p>				

（注） 破損及び汚損の場合は医療券を添付してください。

## 養育医療券記載事項変更届出書

養育医療券に記載されている事項について、下記のとおり変更がありましたので根拠書類を添えて届け出ます。

氏名変更

\_\_\_\_\_  
(変更後)

\_\_\_\_\_  
(変更前)

住所変更

\_\_\_\_\_  
(変更後)

\_\_\_\_\_  
(変更前)

健康保険証

(変更後)

保険者名 (健康保険組合名)	
保険者番号	
記号	
番号	

(変更前)

保険者名 (健康保険組合名)	
保険者番号	
記号	
番号	

健康保険得喪失年月日 ( 年 月 日 )

その他 ( )

\_\_\_\_\_  
(変更後)

\_\_\_\_\_  
(変更前)

住所、氏名の変更があった場合、住民基本台帳により確認されることを承諾します。

年 月 日

申請者

(届出先) 茨 木 市 長

## 養育医療継続診療協議書

公費負担者番号	2 3 2 7 6 1 4 0		
公費負担医療の 受給者番号		年 月 日 交付	
受療者氏名		年 月 日生 男・女	
申請者氏名			
継続診療を 要する期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
当初の有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
継続診療を 要する理由			
指定療育機関 担当医師名			
<p>上記理由によって養育医療を継続する必要があるため、協議します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>( 協議先 ) 茨木市長</p>			

## 養育医療継続診療承認書

受療者氏名			公費負担者番号					
			2	3	2	7	6	1
申請者氏名			公費負担医療の受給者番号					
継続診療承認期間	(自)	年 月 日	当初の	年 月 日まで				
	(至)	年 月 日	有効期間					
指定養育医療機関名								
<p>年 月 日協議のあった継続診療については、上記のとおり承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">茨 木 市 長</p>								
<p>(注) 本書を当初の医療券に添付してください。</p>								

# 移送費請求書

年 月 日		
(請求先) 茨木市長		
請求者 氏名		
住所		
電話番号		
次のとおり移送費を請求します。		
公費負担者番号	2 3 2 7 6 1 4 0	公費負担医療の 受給者番号
本人氏名		申請者氏名 (本人との続柄) ( )
移送費請求額		
移送区間	出発地	経由地 到着地
移送方法	タクシー・その他 ( )	
移送年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ありません。		
年 月 日		
指定医療機関名		
所在地		
担当医師氏名		

\* 本請求書には移送に要した費用の証拠書類を添付してください。

\* 本請求書には移送等給付承認書を添付してください。

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			受療者との続柄	所得階層区分	1 A 2 B 3 C ( 円) 4 D ( 円)					
	生年月日					生年月日										
	住所					住所										
	出生時体重					連絡先										
医療券交付年月日等	医療券交付年月日				保険種別	保険区分				指定養育医療機関						
	医療券有効期間					保険者の名称										
	診療予定期間					被保険者等記号・番号										
請求月	診療月	診療実日数	総医療費①	医療保険等負担額②	公費負担額①-②=③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備考							
計																

(注) コード番号欄の※は、検証番号

