

八王子市未熟児養育医療助成実施要綱

(平成19年3月30日決定)

(趣旨)

第1条 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）第20条の規定に基づき養育医療給付を行う場合の手続について、八王子市母子保健法施行細則（平成19年八王子市規則第53号。以下「細則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象)

第2条 養育医療の給付の対象者は、八王子市の区域内に住所地（居住地がないか又は明らかでない場合は、現在地とする。以下同じ。）を有する法第6条第6項に規定する未熟児で、医師が入院養育を必要と認めたものとする。なお、法第6条第6項にいう諸機能を得るに至っていないものとは、次のいずれかの症状等を有している場合をいうものとする。

- (1) 出生時体重 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、痙攣のあるもの
 - (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

(指定医療機関)

第3条 養育医療は、法第20条第4項の規定により指定した医療機関（以下「指定養育医療機関」という。）で行うものとする。

2 指定養育医療機関の具備すべき基準は、次のとおりとする。

- (1) 産科又は小児科を標ぼうしていること
- (2) 独立した未熟児用の病室を有すること
- (3) 保育器、酸素吸入装置、その他未熟児養育医療に必要な器具を有すること
- (4) 未熟児養育に習熟した医師及び看護師を相当数有すること

(給付の申請)

第4条 養育医療の給付の申請は、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）第9条第1項の規定によるものとし、養育医療給付申請書（細則第6号様式）に次に掲げる書類を添付して行うものとする。ただし、市長が公簿等で確認できる場合（申請者の同意による場合及び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9条第1項の規定による場合を含む。）には当該書類の添付を省略させることができる。

(1) 養育医療意見書（細則第7号様式）

(2) 世帯調書（第1号様式）

(3) ア 市町村民税額等を証明できる書類

前年分（申請月が1月から6月の場合、前々年分）の市町村民税の課税状況を証明するもの

イ 生活保護法による被保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯受給していることが確認できる資料

(4) 当該未熟児の属する世帯全員（保護者が別世帯の場合は保護者を含む。）の住民票

(5) 当該未熟児の健康保険証の写し

(6) その他保健所長が必要と認める書類

2 申請書は、大横保健福祉センター担当課長、東浅川保健福祉センター担当課長、南大沢保健福祉センター担当課長（以下「センター担当館長」という。）を經由し、保健所長に提出するものとする。

3 保健所長は、申請書を受理したときは、速やかに申請書及び意見書の内容を審査するものとする。

(給付の決定)

第5条 保健所長は、申請書を受理したときは、速やかに申請書及び意見書の内容を審査し、養育医療を給付するか否かを決定するものとする。

2 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2号様式。以下「医療券」という。）を申請者に交付するものとする。

3 養育医療の給付を行わないことを決定したときは、養育医療給付却下決定通知書（細則第10号様式）により、速やかに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とともに、費用の負担等についてもあらかじめ周知するものとする。

5 医療は、医療券を指定養育医療機関に提出して給付を受けるものとする。ただし、やむを得ない理由により、医療券を提出できない場合には、取りあえず医療を行い、その理由がなくなった後、速やかに医療券を提出するものとする。

(医療券の取扱い)

第6条 医療券の有効期間は、意見書に記載された診療予定期間の開始日から当該診療予定期間に記載された終了の予定を期限とし、1歳の誕生日を超えないものとする。

なお、病院・診療所及び薬局用の医療券を併せて交付する場合における有効期間は、同一の有効期間とする。

(医療の継続等)

第7条 当該医療を医療券の有効期間を過ぎて継続する必要がある場合は、保護者又は当該指定医療機関は、事前に養育医療の継続協議書(細則第8号様式)に養育医療継続の意見書(細則第9号様式)を添付し、保健所長に申請するものとする。

- 2 保健所長は、協議内容を審査し、適当と認めるときはこれを承認するものとする。
- 3 やむを得ない理由により当該指定養育医療機関を転院する場合は、新たに申請を行うものとする。この場合の申請書には、意見書及び転院を必要とする理由を記載した医師の追加意見書(第3号様式)を添付するものとし、世帯調書等は省略して差し支えないものとする。
- 4 医療券を紛失又はき損した場合は、医療券再交付申請書(第4号様式)により再交付するものとする。
- 5 住所又は医療保険証等の変更があったときは、保護者は変更届(第5号様式)に医療券を添付して申請を行うものとする。
- 6 第1項及び第3項から第5項に係る書類の提出方法は、第4条第2項と同様とする。

(医療の給付)

第8条 医療の給付は、現物給付によることを原則とし、やむを得ない事情がある場合にのみ現物給付にかえて、その費用を支給するものとする。

- 2 給付の範囲は、法第20条第3項に定めるとおりとし、これらのうち移送の給付の取扱いについては、次によるものとする。
 - (1) 移送は、入院又は医師が特に必要と認めた場合に承認するものとし、その額は必要とする最小限の実費とするものとする。

なお、移送に際し、介護の必要があると認められる場合は、付添人の移送費についても支給することができるものとする。
 - (2) 移送費の支給申請は、養育医療移送承認申請書(第6号様式)によるものとし、その事実についての指定養育医療機関の医師の証明書及び当該費用の額に関する証拠書類を添えて、保健所長に対して行うものとする。
 - (3) 保健所長は、前号の申請を承認したときは、養育医療移送承認書(第7号様式)を申請者に対して交付し、承認しないときはその旨を申請者に通知するものとする。
- 3 母子保健施行規則第14条第2項の医療保険各法と本給付との関係は、その本人が医療保険各法の被扶養者等である場合は、医療保険各法による医療の給付を優先する。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とする。

(徴収する費用の決定手続)

第9条 細則第12条の規定により徴収する費用の手続については、別途市長が定めるところによる。

- 2 徴収額を決定したときは、費用徴収額決定通知書(第8号様式)により、本人又は扶養義務者あてに通知するものとする。

(養育医療の終了)

第10条 給付対象の未熟児が次の各号のいずれかに掲げる理由により養育医療の給付を必要としな

なくなったときは、医療券を速やかに保健所長に返還させることとする。

- (1) 指定養育医療機関を退院したとき
- (2) 市外へ転出したとき
- (3) その他養育医療の給付を受ける必要がなくなったとき

(診療報酬の請求、審査及び支払)

第11条 診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和29年4月28日社発第353号厚生省社会・児童局長通知「医療扶助並びに更生医療及び育成医療の給付に伴う診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について」に定めるところによるものとする。

なお、国民健康保険については、昭和49年10月15日児発第655号厚生省児童家庭局長通知「育成医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」によるものとする。

(その他)

第12条 保健所長は、養育医療の給付状況を明確にしておくため、養育医療給付台帳を備え付け、必要事項を記載して整備しておくものとする。

2 大横保健福祉センター、東浅川保健福祉センター、南大沢保健福祉センターに医療費助成申請書受理兼整理簿を備え付け、申請、提出、決定の状況を明らかにしておくものとする。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年11月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

世帯調書

日中の連絡先電話番号
()

	世帯員氏名	続柄	生年月日	所得割額	個人番号
児童の属する世帯の構成	(患者氏名)	患者本人	年 月 日		
	(申請者氏名)	患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日		
	(住所)				
	(氏名)	患者の	年 月 日		
	(住所)				

未熟児養育医療に係る医療の支給を受けるにあたり認定に必要な、私の世帯の住民基本台帳、課税状況、生活保護受給状況及び中国残留邦人等支援給付の受給状況について閲覧することに同意します。

八王子市長 殿

年 月 日

住 所

申請者 氏 名

(患者本人との続柄：)

八王子市使用欄【担当者： 】

身元確認	来庁者 <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (委任状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし→番号提供なし) 証明書 <input type="checkbox"/> 証明書あり <input type="checkbox"/> 証明書なし →番号提供なし 顔写真付き証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 () 顔写真付きでない場合は、証明書2点で確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし→番号提供なし

第2号様式（第5条関係）

この受給者証は医療機関に提示してください

養育医療券										
公費負担者番号									交付年月日	
受給者番号									年月日	
保険	記号番号							保険者番号		
受療者	氏名								性別	
	生年月日									
申請者	氏名							受療者との続柄		
	住所									
入院・通院の別	入院のみ									
医療機関名										
有効期間		年 月 日 から				年 月 日まで				
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>年 月 日</p> <p>八王子市保健所長</p>										

追 加 意 見 書

転院の理由

転院年月日

年

月

日

（患者氏名）

の転院については、上記のとおりです。

年

月

日

医療機関名

医師氏名

第5号様式（第7条関係）

変 更 届															
医療券番号		負担者番号								患者氏名		性別			
		受給者番号													
生年月日		年 月 日生				電話番号		()							
現住所		郵便番号 -													
		東京都八王子市				丁目		番 号		様方					
下記の欄は、変更事項のみ記入してください。															
												変更年月日		年 月 日	
変 更 事 項	患 者	フリガナ						個人番号							
		氏 名		姓 名											
		郵便番号		-										電話番号	
		住 所		東京都八王子市				丁目		番 号		様方			
	保 険 等	記 号		番 号		保険者番号									
		保護者と同一保険の加入者													
	申 請 者	フリガナ						患者との関係		父・母・その他 ()					
		氏 名		姓 名				生年月日		年 月 日					
		郵便番号		-				電話番号		()					
		住 所		東京都八王子市				丁目		番 号		様方			
上記のとおり変更しましたので届け出ます。															
年 月 日															
届出者氏名												患者との続柄 ()			
八王子市保健所長殿															
受理年月日		年 月 日				收受印欄									

移送承認書

年 月 日

様

八王子市長

年 月 日付で申請のありました件について、下記のとおり承認します。

記

受療者名	
受給者番号	
指定養育医療機関	
移送区間	
移送費用額	

費用徴収額決定通知書

号
年 月 日

様

八王子市長

養育医療に要する費用について、母子保健法第21条の4第1項の規定に基づき扶養義務者から徴収する基準月額を、下記のとおり決定したので通知します。

受給者名：
養育医療機関名：
徴収基準月額：

- 注1 入院期間が1か月未満の月にあつては、次の計算式により算出した額を、徴収額とします。
- $$\text{徴収基準月額} \times \text{その月の入院期間} \div \text{その月の実日数}$$
- 2 同一世帯から2人以上の児童が同時に徴収される場合、2人目以降の児童については徴収基準額の10分の1となります。
- 3 この決定に不服がある場合には、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して3か月以内に、八王子市長に対して審査請求をすることができます。
- 4 この決定については、この決定（3の審査請求をした場合は、裁決）があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内に、八王子市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 5 3の場合において、決定の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることはできません。
- 6 4の場合において、決定（3の審査請求をした場合は、裁決）の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできません。

問い合わせ先
〒192-0046
東京都八王子市明神町 3-19-2 5F
八王子市保健所保健対策課
電話番号：042-645-5162