

## 津市未熟児養育医療給付実施要綱

平成 2 5 年 3 月 1 日訓第 3 号

改正 平成 2 6 年 1 0 月 3 1 日訓第 9 3 号

令和 7 年 2 月 2 7 日訓第 4 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、母子保健法（昭和 4 0 年法律第 1 4 1 号。以下「法」という。）第 2 0 条に規定する養育医療の給付に関し必要な事項を定めるものとする。

(養育医療の給付に係る基準)

第 2 条 養育医療の給付は、本市の区域内に居住する法第 6 条第 6 項に規定する未熟児であって、次の各号に掲げるいずれかの症状等を有しているため、医師が入院養育を必要と認めたものに対して行うものとする。

- (1) 出生時の体重が 2, 0 0 0 グラム以下の者
- (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者

ア 一般状態

(ア) 運動不安、<sup>けいれん</sup>痙攣がある者

(イ) 運動が異常に少ない者

イ 体温が摂氏 3 4 度以下の者

ウ 呼吸器・循環器

(ア) 強度のチアノーゼが持続する者又はチアノーゼの発作を繰り返す者

(イ) 呼吸数が毎分 5 0 以上で増加の傾向にある者又は毎分 3 0 以下の者

(ウ) 出血傾向の強い者

エ 消化器

(ア) 生後 2 4 時間以上排便のない者

(イ) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続している者<sup>おう</sup>

(ウ) 血性吐物又は血性便がある者

オ 生後数時間以内に黄疸<sup>だん</sup>が現れる者又は異常に強い黄疸<sup>だん</sup>のある者

(移送費の給付に係る基準)

第 3 条 法第 2 0 条第 3 項第 5 号に規定する移送に要する費用（以下「移送費」という。）の給付は、医療保険各法の適用を受けるものに限るものと

し、移送費の額から当該保険給付の額を控除した額を給付するものとする。  
(養育医療券の取扱い)

第4条 母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）第9条第2項に規定する養育医療券（以下「養育医療券」という。）の有効期間は、法第20条第4項に規定する病院等（以下「指定養育医療機関」という。）の医師が津市母子保健法施行取扱規則（平成25年津市規則第4号）第3条第1項第1号に規定する養育医療意見書（継続）（第3項において「意見書」という。）に記載した診療開始（継続）日から診療終了見込日までとする。ただし、当該児童が満1歳に達する日を超えることはできない。

2 養育医療券の紛失又はき損により当該養育医療券の再交付を申請するときは、養育医療券再交付申請書（第1号様式）により市長に申請しなければならない。

3 養育医療券の有効期間中に当該養育医療券の記載事項に変更が生じたときは、養育医療券記載事項変更届（第2号様式）に当該養育医療券を添えて市長に提出し、当該養育医療券の記載事項の訂正を受けなければならない。この場合において、他の指定養育医療機関に転院するため当該記載事項の変更を届け出るときは、転院前の指定養育医療機関が交付する転院理由証明書（第3号様式）及び転院後の指定養育医療機関が交付する意見書を併せて添付しなければならない。

(診療報酬の支払)

第5条 市長は、母子保健法施行規則第14条第2項の規定による指定養育医療機関に対する診療報酬の支払について、法第20条第7項で準用する読替え後の児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の3第4項の規定により、当該診療報酬の支払に関する事務を三重県社会保険診療報酬支払基金及び三重県国民健康保険団体連合会にそれぞれ委託するものとする。

(移送費の請求及び支払)

第6条 法第20条の規定による養育医療の給付を受けた者が移送費を請求しようとするときは、移送費支払請求書（第4号様式）に移送費の額を証する書類を添えて市長に請求するものとする。

(指定養育医療機関への不承認決定に係る通知)

第7条 市長は、津市母子保健法施行取扱規則第3条第2項の規定により養育医療の給付を行わないことを決定したときは、当該申請者の同意を得て、その旨を当該養育医療給付（継続）申請書に記載されている指定養育医療機関

に通知するものとする。

（福祉医療費による充当）

第8条 津市母子保健法施行取扱規則第4条の規定により養育医療の給付に係る措置を受けた者又はその扶養義務者から徴収する当該措置に要する費用（以下「自己負担金」という。）について、津市福祉医療費等の助成に関する条例（平成18年津市条例第104号）第5条の規定により福祉医療費として助成の対象となる場合において、自己負担金の納入義務者は、当該自己負担金に相当する額（福祉医療費の助成額が当該自己負担金の額を下回るときは、当該福祉医療費の助成額に相当する額）を限度として、福祉医療費の請求及び受領並びに当該福祉医療費を当該自己負担金に充当することに関する一切の権限を市長に委任することができる。

（台帳の整備）

第9条 市長は、養育医療の給付に係る状況を明らかにするため、養育医療給付台帳（第5号様式）、自己負担金徴収台帳（第6号様式）その他必要な諸帳簿を備えなければならない。

（委任）

第10条 この要綱の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この訓は、平成25年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この訓の施行前に、三重県未熟児養育医療給付実施要綱（次項において「県要綱」という。）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの訓の相当規定によりなされた処分、手続その他の行為とみなす。

3 この訓の施行の際現に県要綱の規定により作成された帳簿等は、この訓の規定にかかわらず、当分の間、補正して使用することができる。

4 津市母子保健法施行取扱規則附則第4項の規定により交付する養育医療券の有効期間は、第4条第1項本文の規定にかかわらず、平成25年4月1日から県要綱の規定によりなされた養育医療の給付の決定に係る治療期間の満了日までとする。

附 則（平成26年10月31日訓第93号）

この訓は、平成26年11月1日から施行する。

附 則（令和7年2月27日訓第4号）

この訓は、令和7年2月27日から施行する。

## 第1号様式（第4条関係）

## 養育医療券再交付申請書

|                                 |             |                     |     |  |            |       |
|---------------------------------|-------------|---------------------|-----|--|------------|-------|
| 受療者                             | ふりがな<br>氏 名 |                     | 性 別 |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                                 | 居 住 地       |                     |     |  |            |       |
|                                 | 住 所         |                     |     |  |            |       |
| 公 費 負 担 者 番 号                   |             |                     |     |  | 交 付 年 月 日  | 年 月 日 |
| 公 費 負 担 医 療<br>受 給 者 番 号        |             |                     |     |  |            |       |
| 申 請 理 由                         |             | □破損 □汚損 □紛失 □その他（ ） |     |  |            |       |
| 紛 失 の 場 合<br>に お け る 経 緯        |             |                     |     |  |            |       |
| 備 考                             |             |                     |     |  |            |       |
| 上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。          |             |                     |     |  |            |       |
| 年 月 日                           |             |                     |     |  |            |       |
| 申請者 住所<br>氏名<br>受療者との続柄<br>電話番号 |             |                     |     |  |            |       |
| 印                               |             |                     |     |  |            |       |
| (宛先) 津市長                        |             |                     |     |  |            |       |

(注) 破損、汚損の場合は、当該養育医療券を添付してください。

第2号様式（第4条関係）

養育医療券記載事項変更届

|                                                                                                                                                      |                         |               |     |       |          |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|-----|-------|----------|-------|
| 受療者                                                                                                                                                  | ふりがな<br>氏名              |               | 性別  |       | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                      | 居住地                     |               |     |       |          |       |
|                                                                                                                                                      | 住所                      |               |     |       |          |       |
| 公費負担者番号                                                                                                                                              |                         |               |     | 交付年月日 | 年 月 日    |       |
| 公費負担医療<br>受給者番号                                                                                                                                      |                         |               |     |       |          |       |
| 養育医療券の<br>有効期間                                                                                                                                       |                         | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |       |          |       |
| 変更<br>内容                                                                                                                                             | 事項                      | 変更前           | 変更後 |       | 変更年月日    |       |
|                                                                                                                                                      | 受療者に関する事項               |               |     |       |          |       |
|                                                                                                                                                      | 申請者に関する事項               |               |     |       |          |       |
|                                                                                                                                                      | 指定養育医療機関に<br>関する事項      |               |     |       |          |       |
|                                                                                                                                                      | 医療保険各法の記号及<br>び番号に関する事項 |               |     |       |          |       |
| <p>上記のとおり養育医療券の記載事項の変更を届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名</p> <p>受療者との続柄</p> <p>電話番号</p> <p>（宛先）津市長</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                         |               |     |       |          |       |

（注）次の書類を添付してください。

- 1 養育医療券
- 2 医療保険各法の記号及び番号に関する事項を変更する場合には、変更後の医療保険各法の記号及び番号が分かるもの
- 3 他の指定養育医療機関に転院する場合には、転院理由証明書（第3号様式）及び転院後の指定養育医療機関が交付する養育医療意見書（継続）

第 3 号様式（第 4 条関係）

転院理由証明書

|                                 |             |  |     |  |            |       |
|---------------------------------|-------------|--|-----|--|------------|-------|
| 受療者                             | ふりがな<br>氏 名 |  | 性 別 |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                                 | 居 住 地       |  |     |  |            |       |
|                                 | 住 所         |  |     |  |            |       |
| 転院が必要な理由                        |             |  |     |  |            |       |
| 上記のとおり転院が必要と認めます。               |             |  |     |  |            |       |
| 年 月 日                           |             |  |     |  |            |       |
| 指定養育医療機関<br>の名称及び所在地<br>担当医師の氏名 |             |  |     |  |            |       |
| 印                               |             |  |     |  |            |       |
| (宛先) 津市長                        |             |  |     |  |            |       |

第4号様式（第6条関係）

移送費支払請求書

|                                   |                                                                |                |                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| 年 月 日                             |                                                                |                |                  |
| (宛先) 津市長                          |                                                                |                |                  |
| 請求者                               |                                                                |                |                  |
| 住所                                |                                                                |                |                  |
| 氏名 印                              |                                                                |                |                  |
| 受療者との続柄                           |                                                                |                |                  |
| 電話番号                              |                                                                |                |                  |
| 下記のとおり移送費の支払を請求します。               |                                                                |                |                  |
| 公費負担者番号                           |                                                                | 受療者の氏名         |                  |
| 公費負担医療<br>受給者番号                   |                                                                |                |                  |
| 移送費請求額                            | 移送費の額<br>(A)                                                   | 医療保険給付額<br>(B) | 請求額<br>(A) - (B) |
|                                   | 円                                                              | 円              | 円                |
| 区間及び経路                            | 出発地<br>経由地<br>到着地                                              |                |                  |
| 移送方法                              | <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 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                             |                                                                |                |                  |
| 指定養育医療機関<br>の名称及び所在地<br>担当医師の氏名 印 |                                                                |                |                  |

(注) 移送費用の額を証する書類を添付してください。

## 第5号様式（第9条関係）

## 養育医療給付台帳

## 1 基本事項

|               |        |         |         |  |      |       |
|---------------|--------|---------|---------|--|------|-------|
| 公費負担医療受給者番号   |        |         |         |  |      |       |
| 受療者           | ふりがな氏名 |         | 性別      |  | 生年月日 | 年 月 日 |
|               | 居住地    |         |         |  |      |       |
|               | 住所     |         |         |  |      |       |
|               | 出生時の体重 | g       |         |  |      |       |
|               | 病状の概要  |         |         |  |      |       |
| 申請者           | 氏名     |         | 受療者との続柄 |  |      |       |
|               | 居住地    | (電話番号 ) |         |  |      |       |
|               | 住所     | (電話番号 ) |         |  |      |       |
| 保険区分及び保険者の名称  |        |         |         |  |      |       |
| 医療保険各法の記号及び番号 |        |         |         |  |      |       |

## 2 養育医療券に関する事項

|             |             |               |      |                   |
|-------------|-------------|---------------|------|-------------------|
| 申請<br>年 月 日 | 交付<br>年 月 日 | 指定養育<br>医療機関名 | 有効期間 | 再交付・記載事項変更届に関する事項 |
|             |             |               | ～    |                   |

## 3 養育医療給付に関する事項

| 請求<br>年 月 | 診療<br>年 月 | 医 療 |          |           | 食 事 |     |           | 自己負担金    |   |
|-----------|-----------|-----|----------|-----------|-----|-----|-----------|----------|---|
|           |           | 日数  | 決定<br>点数 | 公費<br>負担額 | 回数  | 総費用 | 公費<br>負担額 | 階層<br>区分 |   |
|           |           |     |          | 円         |     | 円   | 円         |          | 円 |
|           |           |     |          |           |     |     |           |          |   |
|           |           |     |          |           |     |     |           |          |   |
|           |           |     |          |           |     |     |           |          |   |
|           |           |     |          |           |     |     |           |          |   |
| 備考        |           |     |          |           |     |     |           |          |   |

第6号様式（第9条関係）

自己負担金徴収台帳

|       |     |  |                 |  |
|-------|-----|--|-----------------|--|
| 納入義務者 | 氏 名 |  | 受 療 者 氏 名       |  |
|       | 住 所 |  | 公費負担医療<br>受給者番号 |  |

【自己負担金徴収決定額の算定】

| 診 療<br>年 月 | 請 求<br>区 分                                                  | 治療日数／<br>月 実 日 数 | 所得階<br>層区分 | 徴 収 基 準<br>月 額 | 自 己 負 担 金<br>相 当 金 額 | 自己負担<br>担割合 | 加 算<br>適 用 | 自己負担金<br>徴収決定額 | 医 療 費<br>(点数×10)<br>食 事 費 |
|------------|-------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|----------------------|-------------|------------|----------------|---------------------------|
|            | <input type="checkbox"/> 基金<br><input type="checkbox"/> 連合会 | 医療 〃<br>食事 〃     |            | 円              | 医療 円<br>食事 円         | 割           |            | 円              | 点 円                       |
|            | <input type="checkbox"/> 基金<br><input type="checkbox"/> 連合会 | 医療 〃<br>食事 〃     |            | 円              | 医療 円<br>食事 円         | 割           |            | 円              | 点 円                       |
|            | <input type="checkbox"/> 基金<br><input type="checkbox"/> 連合会 | 医療 〃<br>食事 〃     |            | 円              | 医療 円<br>食事 円         | 割           |            | 円              | 点 円                       |

【自己負担金収納状況】

| 診 療<br>年 月 | 納 入<br>期 限 | 収 納<br>年 月 日 | 収 納 額 | 福祉医療<br>費充当額 | 収 納<br>未 済 額 | 督 促<br>年 月 日 | 督促手数料・<br>延 滞 金 |   | 特 記 事 項 |
|------------|------------|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---|---------|
|            |            |              | 円     | 円            | 円            |              | 円               | 円 |         |
|            |            |              |       |              |              |              |                 |   |         |
|            |            |              |       |              |              |              |                 |   |         |

備考

- 督促手数料・延滞金は、津市税外収入金に対する督促手数料等に関する条例（平成18年津市条例第74号）第4条及び第5条の規定により徴収したものを記載することとする。
- 納付交渉の内容、法第21条の4第3項の規定による滞納処分の実施状況については、特記事項に記載することとする。