

聖籠町告示第二十五号

聖籠町未熟児養育医療事務取扱要綱を次のように定める。

平成二十五年三月二十九日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町未熟児養育医療事務取扱要綱

(趣旨)

第一条 この告示は、母子保健法（昭和四十年法律第四百四十一号。以下「法」という。）第二十条第一項の規定に基づき、町が入院の必要な未熟児に対してその養育に必要な医療の給付（以下「養育医療給付」という。）を行うことに関し必要な事項を定めるものとする。

(対象)

第二条 養育医療給付の対象は、聖籠町内に住所を有する法第六条第六項に規定する未熟児であつて、次の各号のいずれかに該当するもので、法第二十条第五項の規定により指定された指定養育医療機関の医師が入院養育を必要と認めたものとする。

- 一 出生時体重が二千グラム以下のもの
- 二 生活力が特に薄弱であつ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・痙攣けいれんがあるもの

(イ) 運動が異常に少ないもの

イ 体温が摂氏三十四度以下のもの

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) 呼吸数が毎分五十を超えて増加の傾向にあるか、又は毎分三十以下のもの

(ウ) 出血傾向の強いもの

エ 消化器系

(ア) 生後二十四時間以上排便のないもの

(イ) 生後四十八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

三 その他前各号に準ずると町長が認めるもの

(養育医療給付の範囲)

第三条 養育医療給付の対象となる範囲は、法第二十条第三項の規定による。

(養育医療給付の申請)

第四条 養育医療給付の申請者（以下「申請者」という。）は、未熟児の保護者（法第六条第四項に規定する者をいう。以下同じ。）とする。

2 申請者は、養育医療給付を受けようとするときは、養育医療給付申請書（別記様式第一号）に、次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

一 養育医療意見書（別記様式第二号）

二 世帯調書（別記様式第三号）

三 扶養義務者の前年の所得税額及び当該年度の町民税額の証明書

四 その他町長が必要と認めた書類

(養育医療給付の決定)

第五条 町長は、前条第二項の規定による申請書を受理したときは、内容を審査し、速やかに養育医療給付するか否かの決定をするものとする。

(医療券の交付)

第六条 町長は、養育医療給付を行うことを決定したときは、別記様式第四号による養育医療券（以下「医療券」という。）を申請者に交付し、かつ、医療券に記載した指定養育医療機関にその旨を通知するものとする。

2 町長は、養育医療給付を行わないことを決定したときは、速やかに養育医療給付申請却下決定通知書（別記様式第五号）により、申請者に通知するものとする。

（医療券の有効期間等）

第七条 医療券の有効期間は、当該指定養育医療機関による当該医療開始の日から当該医療終了の日までとする。

2 医療券の有効期間満了後も養育医療給付を継続する必要がある場合は、指定養育医療機関は事前に養育医療継続協議書（別記様式第六号）を町長に提出し、協議しなければならぬ。この場合において、町長は継続の決定を行ったときは、養育医療継続承認書（別記様式第七号）を指定養育医療機関及び申請者に交付するものとする。

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で、引き続き養育医療給付を受けようとするときは、申請者は新たに申請を行い、医療券の交付を受けるものとする。この場合において、申請書に転院の必要理由を記載した医師の意見書を添付することとし、第四条第二項第二号から第四号までに掲げる書類は省略できるものとする。

4 医療券を紛失又はき損した場合、申請者は養育医療券再交付申請書（別記様式第八号）を町長に提出するものとする。

5 医療券に記載の住所地、扶養義務者等に変更が生じた場合、申請者は養育医療変更届出書（別記様式第九号）を町長に提出するものとする。

6 申請者は、次の各号のいずれかに該当するときは、医療券を町長に返還しなければならない。

一 養育医療券による医療が終了し、又は当該医療を中止したとき

二 未熟児が死亡したとき

(医療の給付)

第八条 養育医療給付は、現物給付によるものとする。ただし、やむを得ない事情がある場合であつて、移送に要する費用に限り、現物給付にかえてその費用を支給することができる。

2 費用の支給の申請及び決定は、次に定めるところにより行ふものとする。

一 保護者は、移送に要する費用の支給を受けようとするときは、養育移送承認申請書(別記様式第十号)を町長に提出するものとする。

二 町長は、前号の申請書の提出があつたときは、速やかに費用の支給を行うか否かを決定し、養育移送承認書(別記様式第十一号)により申請者に通知するものとする。

三 保護者は、前号に定める通知があつたときは、養育移送費支給申請書(別記様式第十二号)を町長に提出するものとする。

四 町長は、前号の申請書の提出があつたときは、速やかにこれに対する支給決定を行い、養育移送費支給決定通知書(別記様式第十三号)により申請者に通知するものとする。

(養育医療費の支払)

第九条 町長が指定養育医療機関に支払う養育医療に係る診療報酬(以下「診療報酬」という。)の額は、健康保

險法（大正十一年法律第七十号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）、私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）、国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。）、国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）、地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第五十二号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）により負担される額を除いた額とする。

（診療報酬の審査及び支払事務）

第十条 診療報酬の審査及び支払は、町長が新潟県知事を代理人として社会保険診療報酬支払基金新潟支部支部長及び新潟県国民健康保険団体連合会理事長と締結した委託契約に基づいて行う。

（措置費負担金の決定）

第十一条 町長は、前二条の規定により診療報酬を支払った場合は、聖籠町養育医療措置費負担金徴収規則（平成二十五年聖籠町規則第十二号。以下「規則」という。）に基づき、措置費負担金の額を決定し、申請者又は扶養義務者に対し、速やかに養育医療措置費負担額決定通知書（別記様式第十四条）により通知するものとする。

2 前項の規定による通知をした後、規則別表で定める階層区分の変更に伴い措置費負担金の額を変更したときは、養育医療措置費負担額変更通知書（別記様式第十五号）により申請者に通知するものとする。

（養育医療給付台帳の備え付け等）

第十二条 町長は、養育医療の申請及び給付に関する状況を明らかにしておくため、養育医療給付台帳（別記様式第十六号）を備え付けるものとする。

2 前項の場合において、医療券を交付したときは、養育医療券交付者名簿（別記様式第十七号）を作成し、整理するものとする。

附 則

この告示は、平成二十五年四月一日から施行する。

様式第1号 (第4条関係)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				
扶養義務者	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>				
	ふりがな		本人との続柄		
	居住地				
被保険者証等の 被記号及び番号					
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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
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。					
年 月 日		申請者住所		申請者氏名	
				(自署もしくは記名押印)	
				本人との続柄	
				(電話番号	
				- - -)	
聖籠町長 様					
添付書類 養育医療意見書、世帯調書、階層区分を証明する書類					

記載上の注意

- ・ 「住所」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2号 (第4条関係)

養育医療意見書			
ふりがな			
氏名		男・女	生年月日
			平成 年 月 日
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))	出生時の体重	グラム
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (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・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	
その他の所有無 (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			
上記のとおり診断する。			
平成 年 月 日			
医療機関の名称 及び所在地 電話番号			
医師氏名			
印			

年 月 日

様

聖籠町長

養育医療給付申請却下決定通知書

年 月 日付けであなたが申請した 様について、下記の理由により養育医療の給付を行わないことに決定したので通知します。

記

理由

【教示】

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取り消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、町を被告として（聖籠町長が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、異議申立てを行った場合には、処分の取り消しを求める訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様式第6号 (第7条関係)

養育医療継続協議書

受給者番号		被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称		
ふりがな		生年月日		平成 年 月 日		
氏名		出生時の体重		グラム		
住所		現在の体重		グラム		
症状の概要		1 一般状態	(1)運動不安・痙攣 (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・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			
現在まで実施していた医療		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				
今後必要とする医療						
今後必要とする期間		年 月 日 から 年 月 日まで				
上記のとおり診断する。						
平成 年 月 日						
医療機関の名称 及び所在地 電話番号						
医師氏名						
印						

様式第7号 (第7条関係)

養育医療継続承認書

負担者番号		受給者番号	
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称	
受療者	氏名		
	生年月日	平成 年 月 日	
扶養義務者	氏名		
	住所		
診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
この承認書の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
上記のとおり承認する。			
年 月 日			
指定養育医療機関			
様			
聖籠町長 印			

注 養育医療券に添付しておくこと

養育医療変更届出書

受給者番号		受療者氏名	
受療者本人にかかる変更		変更年月日	年 月 日
氏名	変更前	変更後	変更後
	変更前		
住所	変更前	変更後	変更後
	変更後		
扶養義務者にかかる変更		変更年月日	年 月 日
氏名	変更前	変更後	変更後
	変更前		
住所	変更前	変更後	変更後
	変更後		
保険者等の名称の変更		変更年月日	年 月 日
変更前	変更後		変更後
被保険者証等の記号及び番号の変更		変更年月日	年 月 日
変更前	変更後		変更後

養育医療の給付について、上記のとおり変更したいので届け出ます。

平成 年 月 日

届出者住所
届出者氏名
(自署もしくは記名押印)
(電話番号 — —)

聖籠町長 様

注：1 変更のある箇所のみ記入してください。
 2 受療者の氏名の変更の場合、受療者氏名の欄は変更前の氏名を記入してください。
 3 保険者等の変更があった場合、記号及び番号の変更欄の変更年月日は記入不要です。

養育移送承認申請書

受療者氏名		受給者番号	
担当医師の意見	移送区間		
	移送方法		
	移送年月日		
	移送を必要と認める理由		
	費用見積額		
年 月 日 医療機関の名称 及び所在地 医師氏名 印			
やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由			
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者住所 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) (電話番号 ー ー) 聖籠町長 様			

養育移送承認書

移送承認番号		
受療者氏名		受給者番号
移送区間		
移送方法		
移送年月日		

上記のとおり承認します。

年 月 日

聖籠町長

様

養育移送費支給申請書

移送承認番号			
受療者氏名			受給者番号
移送区間			
移送方法			
移送年月日			
費用	総額		
	医療保険等負担額		
	差引額		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
医師氏名

聖籠町長 様

別紙関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者住所名
申請者氏名
(自署もしくはは記名押印)
(電話番号 ー ー)

聖籠町長 様

年 月 日

様

聖籠町長

養育移送費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあったこのことについて、下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

費用総額	円
医療保険等負担額	円
母子保健法施行細則による徴収額	円
差引支給決定額	円

【教示】

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取り消しの訴えは、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、町を被告として（聖籠町長が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、異議申立てを行った場合には、処分の取り消しを求める訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

年 月 日

様

聖籠町長

養育医療措置費負担額決定通知書

母子保健法第21条の4の規定により養育医療の給付に伴う措置費負担額は下記のとおりに決定したので、同封の納入通知書により納付してください。

記

1 措置費負担額 円
2 内訳

患者氏名	階層区分	給付の内容		診療—期間 食事—回数 診療月	又は 標準負担額 (単位：円)	町支払額 (単位：円)	措置費負担額 (徴収額) (単位：円)	備考
		診療分	食事分					
		診療分						
		食事分						
		計						
		診療分						
		食事分						
		計						
		診療分						
		食事分						
		合計						

(注) 措置費負担額は「徴収基準月額×入院日数÷当月実日数」で計算しますが、10円未満の端数が生じた場合、これを切り捨てます。ただし、町支払額が徴収基準月額より低い場合は、町支払額「診療分+食事分」を措置費負担額とし、それぞれを円単位で計算します。

【教示】 この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対して異議申立てをすることができます。この翌日から起算して6月以内に、町を被告として（聖籠町長が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、異議申立てを行った場合には、処分の取り消しを求める訴えは、その異議申立てに対することとされています。

年 月 日

様

聖籠町長

養育医療措置費負担額変更通知書

養育医療にかかる措置費負担額を下記のとおり変更したので通知します。

記

受給者番号	氏名	変更後		変更前	
		階層区分	措置費負担額	階層区分	措置費負担額

適用 平成 年 月 日から

変更理由

【教示】

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取り消しの訴えは、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、町を被告として（聖籠町長が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、異議申立てを行った場合には、処分の取り消しを求める訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

養育医療券交付者名簿

交付番号				
受給者番号				
被保険者証の記号及び番号				
保険者名				
受療者	氏名	男 女	男 女	男 女
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
申請者	氏名			
	受給者との続柄			
	住所			
職業				
診療予定年月日	自	・	・	・
	至	・	・	・
	自	・	・	・
医療券の有効期間	自	・	・	・
	至	・	・	・
	自	・	・	・
医療機関	名称			
	市町村名			
階層区分	A・B・C・D ()	A・B・C・D ()	A・B・C・D ()	
徴収基準月額	円	円		円
備考	出生児体重	g	g	g
	承認日数	日	日	日
	双子等			
	継続等の有無			
交付年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

- 注： 1. 階層区分欄がCまたはDの時は、() に数字の区分を記入してください。
 2. この用紙は年度ごとに作成すること。