

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 (受療者)	ふりがな				性別	生年月日								
	氏名				男・女	年月日								
	個人番号													
	居住地													
	現住地 (入院先住所)													
被保険者証等の記号及び番号	記号		番号		社保 国保	保険者の番号								
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地														
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。なお、以後養育医療の給付に関し、所得等の確認が必要な場合は、担当職員が税務担当課課税台帳等により確認する事に同意します。

申請者(扶養義務者)

住所〒一

電話番号 _____

(ふりがな)

氏名 _____

個人番号 _____

続柄 本人の _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

年 月 日

羽曳野市長様

(注) 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参考の上記載してください。	受付	入力	確認

1. 養育医療給付について

養育医療給付は、養育のため病院等に出生後引き続き入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必要な医療を給付するものであります。

2. 納付の内容について

医療券の発行を受けた場合、当券に記載されている指定医療機関において、診察・医学的処置・治療等の給付が受けられます。(指定医療機関以外では給付は受けられません。)

ただし、健康保険法で対象としている医療が給付の範囲となりますので、保険対象外のものについては給付は受けられません。

3. 徴収金について

世帯の所得年税額等に応じた**徴収金**を羽曳野市で徴収します。

徴収金は、後日(診療月の約4ヶ月後以降)羽曳野市から送付する「納入通知書」で支払っていた
だきます。**(保険適用後の個人負担の全額を公費で負担する制度ではありません。)**

4. 必要書類について

申請書、意見書、世帯調書、誓約書、委任状及び承諾書、所得年税額等の証明(源泉徴収票、確定申告書の控、課税証明書等)が必要です。

- ・ 意見書については、指定医療機関の医師が作成する必要があります。
- ・ 源泉徴収票及び課税証明書については、扶養控除、社会保険料控除等個々の諸控除金額を記載した証明書が必要です。また、世帯全員について証明が必要ですが、他の方の証明書類で扶養されていることが分かる場合は省略できます。

5. 養育医療給付対象基準について

1. 出生時体重が2,000g以下の未熟児

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。

- | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 一般 状 態 | ア. 運動不安、けいれんがあるもの。
イ. 運動が異常に少ないもの。 |
| (2) 体 温 | 体温が摂氏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、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か又は毎分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. 血性吐物、血性便のあるもの。 |
| (5) 黄 痿 | 生後数時間以内に現れるか、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) |