

養育医療給付について(未熟児)

養育医療とは・・・

身体の発育が未熟なまま生まれ入院養育を必要とする1歳未満のお子さんの医療費の一部を公費負担する制度です。

対象となる方

次の1または2の症状に該当し、医師に入院養育を必要と認められると該当となります。

1. 出生時の体重が2,000グラム以下のもの
2. 生活力が特に薄弱であって、下記の表の(ア)～(オ)に掲げるいずれかの症状を示すもの

| | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| (ア) 一般状態 | a 運動不安、けいれんがあるもの b 運動が異常に少ないもの |
| (イ) 体温 | 体温が摂氏34度以下のもの |
| (ウ) 呼吸器・循環器系 | a 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 b 呼吸数が毎分50を越えて増加の傾向にあるか、または毎分30以下のもの c 出血傾向の強いもの |
| (エ) 消化器系 | a 生後24時間以上排便のないもの b 生後48時間以上嘔吐が持続しているもの c 血清吐物、血性便のあるもの |
| (オ) 黄疸 | 後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの |

※1または2に該当すると判断できない場合であっても、医師が総合的に判断し、未熟児養育医療を必要とすると判断した場合はこの限りではない。

制度の流れ

必ずお子さんの入院中に美深町役場(住民生活課生活環境グループ国保医療係)へ申請してください。退院後の申請は受付できません。

1 申請(下記チェック表のとおり)

【申請に必要な書類】

申請前に次の申請書類がそろっているかご確認ください。

| 書類等 | <input checked="" type="checkbox"/> | 備考 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 養育医療意見書(様式第3号(第3条関係)) | <input checked="" type="checkbox"/> | 担当の医師に記入してもらってください。 |
| ② 養育医療給付申請書(様式第2号(第3条関係)) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ③ 世帯調書(様式第4号(第3条関係)) | <input checked="" type="checkbox"/> | 扶養義務者の選定に必要となります。対象のお子さんと住民票が一緒になっている方の名前・続柄・生年月日・勤務先を記入してください。※対象のお子さんも含めて記入してください。「続柄」は、対象のお子さんから見た続柄を記入してください。 「世帯外扶養義務者」とは、例えば単身赴任の父など、対象のお子さんと同一生計で住民票が別になっている方です。 |
| ④ 委任状(様式第6号(第6条関係)) | <input checked="" type="checkbox"/> | 重度心身障害者・ひとり親家庭等・乳幼児等医療費助成制度のいずれかに該当している方のみ必要です。 |
| ⑤ お子さんのマイナ保険証※1または、健康保険組合等の保険者が発行した「資格確認書」注1 | <input checked="" type="checkbox"/> | ※1 健康保険証として使用するための利用登録が済んでいるマイナンバーカードのこと。 注1) マイナ保険証を持参いただいた場合は、役場窓口を設置しておりますPCのカードリーダーにマイナ保険証をかざしていただき資格情報を確認します。施術所等向けのマイナ資格確認アプリ(資格情報のみを閲覧できる簡素な仕組みのもので、特定健診情報・薬剤情報・診療情報は閲覧できないようになっておりますのでご注意ください)を使用し、健康保険の情報を確認します。 |
| ⑥ お子さんが属する世帯の所得税額などが確認できる書類 | <input checked="" type="checkbox"/> | 下表を参考に世帯調書に記入していただいた方全員分(扶養しているお子さんを除く)をご用意ください。 ・申請が1月～6月:前年1月1日に住民登録があった自治体にて「前年度(前々年分)」のものを取得 ・申請が7月～12月:当年1月1日に住民登録があった自治体にて「当年度(前年分)」のものを取得 ただし、上記の所定日に美深町に住民登録のあった方は、【⑧同意(承諾)書】の提出により省略できます。 |
| ⑦ 同意(承諾)書 | <input checked="" type="checkbox"/> | 印鑑が必要です。 |
| ⑧ 低体重児出生届(様式第1号(第2条関係)) | <input checked="" type="checkbox"/> | 出生時の体重が2,500グラム未満であった場合 |

※①・②・③・④・⑦・⑧の書類については、窓口にも様式があります。

| 区分 | 提出書類 | 発行先 |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------|
| (1) 会社等で年末調整をしている方 | 源泉徴収票の控え | 会社等 |
| (2) 確定申告をした方や会社等で年末調整をされなかった方 | 確定申告書の控え または 納税証明書(その1) | 納税証明書は税務署 |
| (3) 市町村民税が課税されていない方 | 市町村民税非課税証明書 | 市町村役場 |
| (4) 生活保護を受けている方 | 生活保護受給証明書 | 道・福祉事務所 |

※上記の(1)または(2)の方で所得税額が0円の場合は、市町村民税課税証明書も併せて提出してください。

2 医療給付の決定と一部負担金の相殺

申請後、給付が決定されると「養育医療券」が交付されますので、医療機関窓口にて提示してください。

医療機関は、対象となる医療費と食事療養費(ミルク代)を美深町へ請求します。対象外となる費用(医療保険適用外となる治療代や差額ベッド代、おむつ代等)は、医療機関へ直接お支払いください。

養育医療給付を利用されますと、その世帯の階層区分に応じて自己負担金が決定されますが、美深町の医療費助成制度(乳幼児等医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成、重度心身障害者医療費助成)の対象となる場合、各種医療助成制度から充当されますので、実質の自己負担はありません。(養育医療給付申請時に委任状(様式第6号(第6条関係))を提出してください)

美深町の医療費助成制度の対象とならない場合は、入院月の約2~3か月後に納入通知書を送付しますので、金融機関にてお支払いください。

その他

養育医療券の有効期間内であっても、症状が改善した場合は、医師の総合的な判断に基づき終了となる場合があります。養育医療の期限が終了しても、引き続き疾患や障害の治療が必要な場合は、他の医療給付や助成が受けられる場合もございます。

他の医療給付制度の例)

・自立支援医療(育成医療)給付

身体の障害(心臓、腎臓、肝臓、小腸、その他内臓、視覚、聴覚、音声・言語・そしゃく、免疫、肢体不自由で国が定める基準による)を除去・軽減させるための手術や装具治療、リハビリテーション、人工透析療法、ストーマ訓練、小腸機能障害の中心静脈栄養療法、口蓋裂の歯科矯正治療や言語訓練、抗HIV療法などの保険診療の自己負担分を公費負担する制度。育成医療の指定自立支援医療機関で17歳まで。

・小児慢性特定疾病医療給付

国が対象に定める慢性疾患(悪性新生物、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病、血液疾患、慢性消化器疾患、遺伝子疾患ほか)で、基準に該当する保険診療の自己負担分を公費負担する制度。指定小児慢性特定疾病医療機関で原則17歳まで。(条件により19歳まで延長の場合あり)

やむを得ない理由により転院する場合は、改めて申請が必要となりますので、速やかに国保医療係までご連絡ください。退院後の再入院や通院は、養育医療給付の対象外となります。

養育医療券の有効期間内に転出する場合は、転入先の自治体に改めて新規の申請が必要となります。

| 養育医療券 | | | |
|---------------------------------------------------|----------|------------------|-----------|
| 公費負担者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | | |
| 受給者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | | |
| 受療者 | 生年月日 | 〇〇〇〇/〇〇/〇〇 | |
| | 氏名 | こくほ はなこ 国保 花子 | 性別 女 |
| 申請者 | 住所 | 中川郡美深町〇〇番地〇〇 | |
| | 氏名 | 国保 太郎 | 受療者との続柄 父 |
| 症状の概要 呼吸器・循環器 | | | |
| 出生児体重 見本 | | | |
| 保険の種別 〇〇〇〇〇〇 | | | |
| 指定医療機関名 旭川医科大学病院 | | | |
| 有効期間 〇〇〇〇/〇〇/〇〇 ~ 〇〇〇〇/〇〇/〇〇 | | | |
| 自己負担決定額 49,400円 世帯階層区分 D5 | | | |
| 上記のとおり決定します。 〇〇〇〇/〇〇/〇〇 北海道中川郡美深町長 印 | | | |
| 備考欄 | | | |

【お問い合わせ先】
 美深町役場住民生活課
 生活環境グループ国保医療係
 TEL:01656-2-1614(直通)