

半田市未熟児養育医療の給付に関する要綱

(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条に規定する養育医療の給付について、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）及び半田市未熟児養育医療の給付等に関する規則（平成25年半田市規則第8号。以下「規則」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。

(医療券の取扱い)

第2条 規則第4条第2項の規定による養育医療の給付の決定を受けた者（以下「受給者」という。）の保護者は、同項に規定する養育医療券（以下「医療券」という。）の有効期間を過ぎて医療を継続する必要がある場合は、有効期間満了前に規則第3条の規定により市長に申請するものとする。

2 受給者の保護者は、医療券に記載された法第20条第4項に規定する指定養育医療機関を転院する場合は、規則第3条の規定による養育医療給付申請書に転院元の指定養育医療機関の医師が発行した転院理由書（様式第1）及び転院先の指定養育医療機関の医師が発行した同条に規定する養育医療意見書（以下「意見書」という。）を添えて、市長に申請するものとする。

3 市長が前2項の規定による養育医療給付申請書を受理したときの取扱いについては、規則第4条の規定を準用する。

4 受給者の保護者は、第1項及び第2項の場合を除き、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申請書（様式第2）にその他市長が必要とする関係書類を添えて市長に医療券の変更を申請するものとする。

5 市長は、前項の申請を受理したときは、速やかに内容を審査し、事実と相違ないと認めたときは、変更後の医療券を発行し、申請者に交付するものとする。

6 受給者の保護者は、医療券を紛失又は破損したときは、養育医療券再交付申請書（様式第3）にその他市長が必要とする関係書類を添えて、市長に医療券の再交付を申請するものとする。

7 市長は、前項の申請を受理したときは、速やかに内容を審査し、事実と相違ないと認めたときは、医療券を再発行し、申請者に交付するものとする。

(医療費の請求、審査及び支払)

第3条 医療費の請求、審査及び支払については、社会保険診療報酬支払基金愛知支部及び愛知県国民健康保険団体連合会との間に締結した契約によるものとする。

(受領委任)

第4条 受給者の扶養義務者は、半田市子ども医療費の助成に関する条例（昭和58年半田市条例第2号）第3条に規定する子ども医療費の助成の受給資格者である場合は、

市長に委任状兼同意書（様式第4）を提出することにより、規則第8条の規定による養育医療徴収金の額の範囲において、子ども医療費助成金の支給申請及び受給についての委任並びにその受給した子ども医療費助成金を養育医療徴収金に充用することについての同意をすることができる。

2 前項の規定により充用があったときは、市長に対し、養育医療徴収金の支払があったものとみなす。

（台帳）

第5条 市長は、養育医療の給付の状況を明らかにするため、養育医療給付台帳（様式第5）を備えるものとする。

（その他）

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

様式第1 (第2条関係)

転 院 理 由 書			
ふりがな		生年月日	年 月 日
受給者氏名			
医 療 券	公費負担者番号	受給者番号	
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日	
転院年月日	年 月 日		
転院の理由			
<p>(受給者氏名)</p> <p>_____ について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関名 及び 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>			

様式第2（第2条関係）

養育医療券記載事項変更申請書

年 月 日

半田市長 殿

申請者 住 所

氏 名

養育医療券の記載事項について、下記のとおり変更が生じたので申請します。

受 給 者	受給者番号							
	氏 名							
	現 住 所							
	生 年 月 日	年 月 日						
変 更 事 項	旧			新				
1 受給者氏名 2 受給者住所 3 そ の 他								
変更年月日	年 月 日							
変 更 理 由								

注) 養育医療券を添付して下さい。

様式第3 (第2条関係)

養育医療券再交付申請書

年 月 日

半田市長 殿

申請者 住 所

氏 名

下記の理由により、養育医療券の再交付を受けたいので、申請します。

受 給 者	受給者番号						
	氏 名						
	現 住 所						
	生 年 月 日	年 月 日					
	受療医療機関						
再交付申請の理由		1 紛失 2 破損					

注) 破損の場合は、養育医療券を添付して下さい。

様式第4（第4条関係）

委任状 兼 同意書

年 月 日

半田市長 殿

(委任者)

保護者 住 所

氏 名

受給者との続柄（ ）

私は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4第1項の規定による養育医療の給付に要する費用の徴収に対して、半田市子ども医療費の助成に関する条例（昭和58年半田市条例第2号）第5条の規定により助成される医療費について、次の事項を委任します。

1. 養育医療徴収金の額の範囲内における子ども医療費助成金の支給申請及び受給にかかる一切のこと
2. 1により受給した子ども医療費助成金を養育医療徴収金に充用すること

また、上記委任事項を行うにあたって、子ども医療費助成に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

(受給者) 氏 名

生年月日 年 月 日

養育医療給付台帳

コード番号		制度別番号	都道府県番号	実施機関番号	*	受給者番号				保険者番号				医療機関番号			
受療者	氏名					申請者	氏名					所 階 区 得 層 分	1	A			
	生年月日	年 月 日					生年月日	年 月 日					2	B			
	出生時体重						住所						3	C	円		
											4		D	円			
医療券 交付年月日等	医療券 交付年月日	年 月 日				加入 保険 区分	保険区分	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保 5 その他				指定養育 医療機関					
	医療券 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					保険者の 名称										
	診療予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					被保険者 記号番号										
請求月	診療月	診療実日数	決定点数①	医療保険等負担額②	差引額 ①-②=③	移送費等④	その他⑤	支弁額③+④+⑤=⑥	備 考								

注) コード番号欄の*は検証番号