

大阪市未熟児養育医療事業事務取扱要領

母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）に基づく未熟児養育医療の給付のための公費負担事務及びその他の事務処理については、法及び関係法令に定めのあるもののほかは、この事務取扱要領による。

1 目的

未熟児は正常な新生児に比べて生理的に欠陥があり、疾病にもかかりやすく、その死亡率は極めて高率であるばかりでなく、心身の障がいを残すことも多いことから、生後すみやかに適切な処置を講ずることが必要である。

このため、医療を必要とする未熟児に対しては養育に必要な医療の給付を行うことにより、乳児の健全な育成をはかることを目的とする。

2 対象

法第6条第6項に規定する未熟児で、次に掲げるいずれかの症状等を有しており、医師が入院養育を必要と認めたもの。

1 出生時体重が、2,000グラム以下のもの

2 生活力が特に薄弱であって、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、痙攣があるもの

イ 運動が異常に少ないもの

(2) 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 呼吸数が毎分50を超えて増加の傾向にあるか、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時間以上嘔吐が持続しているもの

ウ 血性吐物、血性便のあるもの

(5) 黄疸

ア 生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの

イ 交換輸血が必要な重症黄疸児

(6) 前記(1)～(5)に準じる症状を有しており、特に入院養育が必要なもの

3 申請及び給付

1 申請

養育医療の給付の申請は、母子保健法施行規則（以下「規則」という。）第9条の規定によ

るものであるが、その要領は次のとおりとする。

(1) 申請者

未熟児の保護者（法第6条第4項この法律において「保護者」とは、親権を行う者、未成年後見人その他の者で、乳児又は幼児を現に監護する者をいう。）であること。

(2) 申請に必要な書類

ア 養育医療給付申請書（様式第1号）

イ 養育医療意見書（様式第2号）

ウ 同意書兼世帯調書（様式第3号）

エ 委任状（様式第4号）

→こども・ひとり親家庭・重度障がい者等の医療費助成制度を受給している者のみ提出要

オ 誓約書（様式第5号）

カ 世帯全員の所得に関する状況等を確認できる書類

→ウ 同意書兼世帯調書に基づく閲覧又は照会により確認できる場合は、提出不要

キ こども・ひとり親家庭・重度障がい者等の医療証の写し

ク 医療保険各法の記号等を確認できるものの写し（受給者本人のもの）

→「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

(3) 申請の経由機関

未熟児の居住地（居住地がないか、または明らかでないときは、現在地）を管轄する保健福祉センターとする。居住地は母子健康手帳等により確認すること。保健福祉センターは申請書を受理したときはすみやかにその内容を審査のうえ給付の必要があるものについて、これを決裁（様式第6号）後、市長（保健所管理課）に送付票（様式第7号）を添付して進達すること。申請の受付に際しては、申請者に対し、医療券の取扱いについて十分指導するとともに、費用負担等についてもあらかじめ周知徹底すること。

2 給付

(1) 申請書の受理

市長（保健所管理課）は、申請者からの申請を受理したときは、できるだけ速やかに養育医療を給付するか否かを決定すること。

(2) 医療券の交付

養育医療の給付を行うことを決定したときは、養育医療券（様式第8号）を保健所管理課において発行し、申請者に交付する。

(3) 養育医療券の有効期間

当該指定養育医療機関による医療開始日から、当該医療の終了日とする。（「養育医療意見書」に医師が記載する診療予定期間に基づいて期間を決定するが、期間満了前に退院した場合は、退院日をもって終了とする。）

(4) 不承認

養育医療の給付を行わないことを決定したときは、その理由を明らかにして申請者に通知する。(様式第9号)

(5) 継続給付

医療券の有効期間を過ぎて当該医療を継続する必要がある場合は事前に当該指定養育医療機関より医師の意見を記した養育医療継続診療協議書(様式第10号)を提出し、その承認をうけること。承認は養育医療券(様式第8号)による。

(6) 転院

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は、新たに申請を行うこと。この場合、別に転院を必要とする理由を記載した医師の証明書を添付する。

(7) 医療券の再交付

医療券を紛失又は棄損した場合は、申請により再交付する。

(8) 申請内容の変更

住所、氏名、加入医療保険などについて、当初申請した内容に変更が生じた場合は、すみやかに養育医療給付申請書(様式第1号)に変更内容を記載し、居住地の保健福祉センターを経由して、市長(保健所管理課)あて進達すること。

4 自己負担額の徴収

1 法第21条の4第1項の規定により、その扶養義務者(民法に定める扶養義務者)から徴収する自己負担額は大阪市母子保健法施行細則第4条の規定により徴収する。

2 自己負担額の徴収は、保健所管理課が発行する納入通知書(様式第11号)及び振替処理依頼書(様式第14号)により行う。

3 納入通知書(様式第11号)は各月ごとに保健所管理課において発行し、申請者に交付する。この場合は、各月の診療報酬額などをあわせて通知すること(様式第13号)。なお、自己負担額徴収の事務を円滑に行うために、養育医療券の交付等の機会に自己負担額の概算額をあらかじめ申請者に周知しておくこと。

この自己負担額を指定の期限内に納付しない者があるときは、法第21条の4第3項の規定により処分する場合があるため、申請者への納入通知書交付に際しては、留意のうえ適切な交付方法をとること。

4 振替処理依頼書(様式第14号)は、未熟児の居住地を管轄する保健福祉センターの医療費助成制度担当へ、各月ごとに通知し養育医療自己負担金の一部を請求する。この場合、対象者の各月の診療報酬額などは、対象者リストなどによりあわせて通知する。(様式第13・16号)

5 養育医療費の審査及び支払

指定養育医療機関に対する診療報酬の審査及び支払いに関する事務は、大阪府社会保険診療報酬支払基金及び大阪府国民健康保険団体連合会に委託して行う。

6 社会保険各法との関連事項

規則第 14 条第 2 項の社会保険各法と本給付との関係は、その本人が社会保険各法の被扶養者等である場合は、社会保険各法による医療の給付が優先すること。したがって、養育医療の給付は、いわゆる自己負担分を対象とするものであること。

7 指定養育医療機関

1 指定及び申請

法第 20 条第 5 項の規定による指定養育医療機関の申請については、規則第 10 条第 1 項の規定により、未熟児養育医療機関指定申請書（様式第 17 号）に必要事項を記入し、市長（保健所管理課）あて提出すること。

申請を受理し、指定養育医療機関として指定することを決定したときは、未熟児養育医療機関指定書（様式第 18 号）により通知するものとする。

2 指定養育医療機関の基準

指定養育医療機関の具備すべき基準は、次のとおりとすること。

- (1) 産科又は、小児科を標榜していること。
- (2) 独立した未熟児用の病室を有すること。
- (3) 保育器、酸素吸入装置、その他未熟児養育医療に必要な器具を有すること。
- (4) 未熟児養育に習熟した医師及び看護師を適当数有すること。

3 指定辞退の申出

法第 20 条第 5 項の規定により指定を受けた医療機関が指定を辞退するときは、規則第 13 条の規定により、指定養育医療機関指定辞退申出書（様式第 19 号）により申し出ること。

4 指定養育医療機関の告示

法第 20 条第 5 項の規定により、指定養育医療機関を指定したとき又は規則第 12 条及び第 13 条の規定により、指定内容の変更及び指定辞退の申出があったときは、それを告示する。

5 診療上の留意点

指定養育医療機関は、未熟児の医療が専門外にわたるときは、指定養育医療機関医療担当規則及び保険医療機関及び保険医療担当規則に定めるところにより、適切な措置を講ずること。

8 その他

1 事務の所管

養育医療に関する事務は、保健所管理課で取り扱う。

2 台帳など

給付の状況を明確にしておくため、様式第 20 号による養育医療給付台帳を保健所管理課に、また様式第 6 号による未熟児養育医療事業関係経由文書定例決裁簿を保健福祉センターにそれぞれ備えつけ、記帳整備しておくものとする。

3 公費負担者名等のコードについて

請求事務の簡素化（レセプト一本化）に伴い「公費負担者名」「公費負担医療の受給者名」

等についてコード化を行う。本市の医療券記載の公費負担者名等の番号は次のとおり。

ア. 公費負担者の番号

2	3	2	7	6	0	2	5
(ア)		(イ)		(ウ)		(エ)	

(ア) 公費番号を示す

養育医療の給付……「23」 療育の給付……「17」 育成医療の給付……「16」

(イ) 都道府県番号を示す

大阪府……「27」

(ウ) 実施機関名を示す

大阪市……「602」

(エ) 検証番号を示す

イ. 受給者番号

受給者一連番号						検証番号	

9 実施時期

昭和32年4月1日から実施する。

附 則

本要領は、平成22年4月1日より適用する。

附 則

本要領は、平成23年4月1日より適用する。

附 則

本要領は、平成24年1月1日より適用する。

附 則

本要領は、平成24年11月1日より適用する。

附 則

1 本要領は、平成26年4月1日より適用する。

(経過措置)

2 次の表の左欄に掲げる年分の所得税の額（この要領による改正後の大阪市未熟児養育医療事業事務取扱要領（以下「改正後の要領」という。）別表備考第2項に規定する所得税の額をいう。）の算定における改正後の要領別表備考第2項第2号の規定の適用については、同号中次の表の中欄に掲げる字句は、同表の右欄に掲げる字句とする。

平成 24 年	租税特別措置法	所得税法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 5 号）第 8 条による改正前の租税特別措置法
	、第 2 項及び第 6 項	から第 3 項まで
	第 5 項及び第 6 項	第 4 項及び第 5 項
	第 3 項並びに第 41 条の 19 の 4 第 1 項及び第 3 項	第 2 項、第 41 条の 19 の 4 第 1 項及び第 2 項並びに第 41 条の 19 の 5 第 1 項
平成 25 年	租税特別措置法	所得税法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 5 号）第 8 条による改正前の租税特別措置法
	、第 2 項及び第 6 項	から第 3 項まで
	第 5 項及び第 6 項	第 4 項及び第 5 項
	第 3 項並びに第 41 条の 19 の 4 第 1 項及び第 3 項	第 2 項並びに第 41 条の 19 の 4 第 1 項及び第 2 項

附 則

本要領は、平成 26 年 8 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、平成 26 年 10 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、平成 28 年 1 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、平成 30 年 4 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、平成 30 年 7 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、令和 元年 5 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、令和 元年 10 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、令和 2 年 7 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、令和 3 年 4 月 1 日より適用する。

附 則

本要領は、令和 3年7月1日より適用する。

附 則

本要領は、令和 4年1月1日より適用する。

附 則

本要領は、令和 6年2月1日より適用する。

附 則

1 本要領は、令和 7年8月1日より適用する。

2 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

本要領は、令和 8年4月1日より適用する。

別表（徴収金額表）

世帯の区分		徴収月額	加算月額
A 世帯	世帯を構成する未熟児又はその扶養義務者（当該未熟児と世帯を一にしない扶養義務者であつて、現に当該未熟児を扶養しているものを含む。以下「構成員」という。）のいずれかが生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 6 条第 1 項に規定する被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成 6 年法律第 30 号）の規定による支援給付、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成 19 年法律第 127 号）附則第 4 条第 1 項の規定による支援給付若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 106 号）附則第 2 条第 1 項若しくは第 2 項の規定によりなお従前の例によることとされた同法による改正前の中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第 14 条第 1 項の規定による支援給付を受ける者である世帯（市長が定めるものを除く。以下「被保護世帯等」という。）	円 0	円 —
B 世帯	被保護世帯（以下「市町村民税非課税世帯」という。）	2,600	260
C 世帯	世帯構成員のいずれかが当該年度の市町村民税を課せられている構成員の市町村民税の額が均等割の額のみである世帯	5,400	540
D 1 世帯	等度分の市町村民税を課せられている構成員の当該年度の所得割の額の合計額（以下「所得割合計額」という。）が 15,000 円以下である世帯	7,900	790
D 2 世帯	の世帯所得割合計額が 15,001 円以上 21,000 円以下である世帯	10,800	1,080
D 3 世帯	所得割合計額が 21,001 円以上 51,000 円以下である世帯	16,200	1,620
D 4 世帯	所得割合計額が 51,001 円以上 87,000 円以下である世帯	22,400	2,240
D 5 世帯	所得割合計額が 87,001 円以上 171,300 円以下である世帯	34,800	3,480
D 6 世帯	所得割合計額が 171,301 円以上 252,100 円以下である世帯	49,400	4,940

D 7 世帯	所得割合計額が 252,101 円以上 342,100 円以下である世帯	65,000	6,500
D 8 世帯	所得割合計額が 342,101 円以上 450,100 円以下である世帯	82,400	8,240
D 9 世帯	所得割合計額が 450,101 円以上 579,000 円以下である世帯	102,000	10,200
D10 世帯	所得割合計額が 579,001 円以上 700,900 円以下である世帯	123,400	12,340
D11 世帯	所得割合計額が 700,901 円以上 849,000 円以下である世帯	147,000	14,700
D12 世帯	所得割合計額が 849,001 円以上 1,041,000 円以下である世帯	172,500	17,250
D13 世帯	所得割合計額が 1,041,001 円以上 1,222,500 円以下である世帯	199,900	19,990
D14 世帯	所得割合計額が 1,222,501 円以上 1,423,500 円以下である世帯	229,400	22,940
D15 世帯	所得割合計額が 1,423,501 円以上である世帯	全額	全額の 10 分の 1 に相当する額。ただし、その額が 26,300 円に満たない場合は、26,300 円

1 この表にかかる細目は、特に記載のない限り大阪市母子保健法施行細則別表の備考に定めるところによる。

2 徴収金額の決定の特例

(1) 入院期間が、1 カ月未満のものについては、徴収月額又は加算月額につき、さらに日割計算によって決定する。(ただし、D15 世帯を除く。)

$$\text{月額} \times \text{その月の入院期間} / \text{その月の実日数}$$

(2) 10 円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。

(3) 児童に民法第 877 条に規定する当該児童の扶養義務者がいないときは、徴収金額の決定は行わないものとする。ただし、児童本人に市町村民税が課せられている場合は、本人につき扶養義務者に準じて徴収金額を決定するものとする。

3 世帯区分の認定

(1) 認定の原則

世帯階層区分の認定は、当該児童の属する世帯の構成員及びそれ以外の者で現に児童を扶養しているもののうち、当該児童の扶養義務者のすべてについて、その市町村民税の課税の有無等により行うものである。

(2) 認定の基礎となる用語の定義

ア 「児童の属する世帯」とは、当該児童と生計を一にする消費経済上の一単位を指すのであって、夫婦と児童が同一家屋で生活している標準世帯は勿論のこと、父が農閑期で出稼ぎのため数カ月別居している場合、病気治療のため一時土地の病院に入院している場合、父の職場の都合上他の土地で下宿し時々帰宅することを例としている場合などは、その父は児童と同一世帯に属しているものとする。

イ 「扶養義務者」というのは、民法第877条に定められている直系血族（父母、祖父母、養父母等）、兄弟姉妹（ただし、就学児童、乳幼児等18歳未満の兄弟姉妹で未就業の者は、原則として扶養義務者としての取扱いをしないものとする。）並びにそれ以外の三親等内の親族（叔父、叔母等）で家庭裁判所が特別の事情ありとして、特に扶養の義務を負わせるものである。

ただし、児童と世帯を一にしない扶養義務者については、現に児童に対して扶養を履行している者（以下「世帯外扶養義務者」という。）の他は、認定に際して扶養義務者としての取扱いを行わないものとする。

4 災害等により、前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を勘案して実情に即した弾力性のある取扱をして差し支えないものとする。

負担者番号	2	3	2	7	6	0	2	5
受給者番号								

養育医療給付申請書（新規 変更 転院）

本人	ふりがな			性別	生年月日												
	氏名			男・女	令和	年	月	日									
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

扶養義務者	ふりがな			本人との続柄	1父 2母 3その他()													
	氏名																	
	電話				個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	本人の住所と異なる場合のみ記載してください																

医療保険各法	種類	社保 国保 生保 (該当するものに○を付けてください。)																
	記号	番号	保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					保険者等の名称													

子ども医療・ひとり親家庭医療・重度障がい者医療 該当するものに○を付けてください。				医療費助成受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------------------------------	--	--	--	------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	医療機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	名称 所在地																		

この券の有効期間	令和	年	月	日	から
	令和	年	月	日	まで

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。

令和 年 月 日
申請者 氏名
住所
(本人の住所と異なる場合のみご記入ください)
電話
本人との続柄

(提出先) 大阪市長

注1 新規・変更・転院のいずれかに○をしてください	保健福祉センター確認欄	受付印
2 太線内は記入しないでください。	<input type="checkbox"/> 意見書	
3 各医療費助成の対象の方は必ず受給者番号を記入してください。	<input type="checkbox"/> 同意書兼世帯調書	
保健福祉センター記載欄 《申請書の個人番号確認書類》	<input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報を確認できるもの <input type="checkbox"/> 手続き中	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード【A-0】 <input type="checkbox"/> 通知カード【A-1】	<input type="checkbox"/> 各医療証 <input type="checkbox"/> 手続き中	
<input type="checkbox"/> 申立書・その他【A-5】	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 誓約書	
<input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書【A-2】	<input type="checkbox"/> 所得状況等確認書類	
	<input type="checkbox"/> 退院(一時退院も含む)の有・無 (年 月 日)	

養育医療意見書

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	令和年月日		
居住地	〒□□□□ - □□□□ 大阪市 区				
出生時の体重	グラム	在胎週数	満週	アプガースコア	生後1分 点
症 状 の 概 要	1. 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動異常			
	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) 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	有〔生後()時間に発生〕	・無	強度	強・中・弱
	その他の所見 (合併症の有無等)				
診療予定期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
現在受けている医療	安 静 入 院 通 院 保育器の使用 酸素吸入 鼻腔栄養 注射その他の医療				
症状の経過					
上記のとおり診断する。					
令和 年 月 日					
医療機関コード □□□□□□□□					
所在地 〒□□□□ - □□□□□□					
指定医療機関名					
医師氏名					

※医療機関コードを必ず記入してください。

同意書 兼 世帯調書

(提出先) 大阪市長

令和 年 月 日

(申請者) 住 所 大阪市 区

氏 名

私は、未熟児養育医療の給付申請にあたり、その認定のために必要な場合は、私及び次の者の課税台帳等及び他の関係公簿等を閲覧又は照会されることに同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

児童の属する世帯構成員(※1)	氏 名	続柄	生年月日(年齢)	職業・勤務先・連絡先・個人番号		
	(児童本人)	本人	R . .			
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者(※3)に該当	本人の	T S H R . . 年齢()	職業	勤務先	
			日中連絡先 ()			
			個人番号(※4)			
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者(※3)に該当	本人の	T S H R . . 年齢()	職業	勤務先	
			日中連絡先			
		個人番号(※4)				
<input type="checkbox"/> 扶養義務者(※3)に該当	本人の	T S H R . . 年齢()	職業	勤務先		
		日中連絡先 ()				
		個人番号(※4)				
<input type="checkbox"/> 扶養義務者(※3)に該当	本人の	T S H R . . 年齢()	職業	勤務先		
		日中連絡先 ()				
		個人番号(※4)				
※1月1日現在の住所(1~6月に申請する場合は前年1月1日現在の住所)が、現住所と相違する方がいる場合は、その方の氏名と当時の住所(市区町村名まで)を記載してください。						

裏面へ続く

世帯外扶養義務者※	フリガナ 氏名	続柄 本人の	生年月日(年齢)		職業・勤務先・連絡先・個人番号																	
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者(※3)に該当		T S H R 年齢()						職業					勤務先								
	日中連絡先 ()																					
	(現住所) 〒□□□□-□□□□					個人番号(※4)																
	※1月1日現在の住所(1~6月に申請する場合は前年1月1日現在の住所)が、現住所と相違する場合は、その住所(市区町村名まで)も記載してください。																					

- (※1) 「児童の属する世帯構成員」とは児童本人と生計を一にしている者をいい、本人を含めて全構成員について記入してください。
- (※2) 「世帯外扶養義務者」欄には、世帯構成員以外で、現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ、記入してください。
- (※3) 「扶養義務者」とは、民法第877条に定められている直系血族(父母、祖父母、養父母等)、兄弟姉妹(ただし、就学児童、乳幼児等18歳未満の兄弟姉妹で未就業の者は、原則として扶養義務者としての取扱いをしないものとする。)並びにそれ以外の三親等内の親族(叔父、叔母等)で家庭裁判所が特別の事情ありとして、特に扶養の義務を負わせる者をいいます。ただし、児童と世帯を一にしない扶養義務者については、現に児童を扶養している世帯外扶養義務者を除き、認定に際しては扶養義務者としての取扱いは行いません。
- (※4) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号です。個人番号は扶養義務者にチェックを入れた方のみ記入してください。

委 任 状

令和 年 月 日

こども医療費助成制度 ひとり親家庭医療助成制度 重度障がい者医療費助成制度	}	申請者の住所・氏名
---------------------------------------------	---	-----------

住 所 大阪市 区

氏 名

私は、大阪市長を代理人と定め、こども医療費助成制度、ひとり親家庭医療費助成制度、重度障がい者医療費助成制度（以下、医療費助成制度）に関する次の事項を委任します。なお、委任事項を行うにあたって、医療助成制度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。

- 医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 医療費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金の一部に充てること。
- 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限。

ただし、医療費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の一部の額に限る。

受 給 者 氏 名
(児童本人)

生年月日 令和 年 月 日

受 任 者 大阪市長

〈委任状について〉

未熟児養育医療給付では、母子保健法第 21 条の 4 の規定に基づき、保健所が扶養義務者から養育医療自己負担金を徴収しています。しかし、養育医療受給者が医療費助成制度の受給者である場合は、養育医療自己負担金の一部が各医療費助成制度の対象となるため、委任状を提出していただくことで、市の内部で自己負担金の一部を処理することができます。

誓 約 書

母子保健法第 2 1 条の 4 に基づく未熟児養育医療の給付にかかる自己負担金は、委任状により一部をこども医療・ひとり親家庭医療・重度障がい者医療の各医療費助成制度より充てますが、各医療費助成制度において生じる一部自己負担額（例：こども医療費助成制度の一部自己負担額は、1 医療機関あたり 1 日 5 0 0 円以内で月 2 日まで）については、後日大阪市より請求があることを理解し、納入通知書が手元に届き次第、必ず納入期限までに支払うことを誓約します。

また、万一納付を怠った場合、地方税の滞納処分の例により差押などの滞納処分を受けることを了承します。

※ 各医療費助成制度の受給資格がない場合は、未熟児養育医療の給付にかかる自己負担金の全額を支払います。

令和 年 月 日

申請者氏名 _____

未熟児養育医療券交付等申請書類送付票

区保健福祉センター

令和 年 月 日送付

次のとおり送付します。

No	区分	受診者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

※ 「区分」には、以下の1～3で該当するものを記入してください。

- 1 新規申請 2 変更申請 3 転入申請

様式第一号（一）（第九条関係）

養育医療券（病院・診療所用）										
公費負担者番号										交付年月日
公費負担医療の 受給者番号										年月日
医療保険各法による 記号及び番号				保険者等の名称						
受療者	氏名									
	生年月日			年月日			男・女			
申請者	氏名									
	生年月日			年月日			受療者との 続柄			
	住所									
指定養育医療機関 （病院・診療所）	名称									
この券の有効期間				年 月 日から			年 月 日まで			
<p>上記のとおり決定する。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大阪市長</p>										

大大保第 号
令和 年 月 日様
保護者 様

養育医療支給申請却下通知書

大阪市長

養育医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

申請日			
受療者氏名		生年月日	
住所			
保護者氏名			
理由			

教 示

1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求のほか、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箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

(お問合せ先)

健康局大阪市保健所管理課

住所

電話番号

FAX番号

養育医療継続診療協議書

本人 ^{ふり} 氏 ^{がな} 名				養育医療券 交付番号		
申請者 ^{ふり} 氏 ^{がな} 名						
医師 の 意 見	継続診療を要する期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	当初の有効期限	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
	継続診療を要する理由					
	備考					
<p>上記理由によって養育医療を継続診療する必要がありますから協議します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定養育医療機関名</p> <p>医師 氏名</p> <p>(提出先) 大阪市長</p>						

納入通知書

〒

様

本書のとおり納入してください。
 納入期限：平成 年 月 日
 納入事由：平成 年 月 分

大阪市長



納入場所：大阪市公金収納取扱金融機関、市役所又は区役所
 (裏面を御覧ください。)
 発行日：平成 年 月 日

発行：

郵便局・金融機関へお出しする際は、下の部分を切り取りお出しください。

77 大阪市 収入報告書(納入済通知書)

公 通宝私込科金 加入者負担 pay-easy

加入者名	大阪市収入役	口座番号	00150-5-967111	合計金額	円
収納機関番号		納付番号		振込番号	納付区分
納入期限	平成 年 月 日	区分			

納付者氏名
様

領収日付印

平成 年度	会計部	予算主管	款項目	円
前	細部	歳入区分		円
発行番号		歳入区分		円

納付番号
発行番号
納入期限：平成 年 月 日
摘要欄(納入事由)：
平成 年 月 分

発行日：
発行：

大阪市 原荷兼払込金受領証

公 pay-easy

加入者名 大阪市収入役
口座番号 00150-5-967111
平成 年度

合計金額 円

納付者氏名 様

納付番号：
発行番号：
納入期限：平成 年 月 日
摘要欄(納入事由)：
平成 年 月 分

発行日：
発行：

領収日付印

郵便局の窓口又は郵便局の A T M でお支払の場合は、左側二枚をお出しください。

明細書

納付番号			
発行番号	納付区分	合計金額	円

年度	会計部	予算主管	款項目

前	細部	歳入区分	明細	金額
				円
				円

領収証書

納付者氏名
様

平成 年度

納付番号			
発行番号	納付区分	合計金額	円
納入期限	平成 年 月 日		

摘要欄(納入事由)
平成 年 月 分

注 証券(小切手等)御使用の場合はその証券金額の支払があるまで納入義務は完了しません。

上記のとおり領収しました。
大阪市収入役

発行	領収日付印

この領収書は大切に保管してください。

〒

大阪市 区

様

大阪市保健所管理課

TEL 06-6647-0650

養育医療自己負担金のお知らせ

大阪市へ納付していただく自己負担金は、次のとおりです。
別添の「納入通知書」により、市役所・区役所・お近くの金融機関（郵便局は除く）で
令和 年 月 日までに必ず納付してください。

記

未熟児受給者番号	
医療助成受給者番号	
受領者氏名	
申請者氏名	
自己負担基準月額	円
診療年月	令和 年 月 分

入院日数	日	入院期間	日～日	支払決定額	円
医療機関名					

診療明細	入院詳細	総額	健康保険 負担額	養育医療 負担額	こども ひとり親 重度障がい者 助成額	医療	一部自己負担額
医療費	日	円	円	円		円	円
食費	回	円	円	円		円	円
合計		円	円	円		円	円

様

保健所管理課長

振替処理依頼書

標題について、未熟児養育医療受給者に係る各種医療費助成制度助成金の振替について、次のとおり事務処理願います。

記

- 1 振替金額 金 円也
- 2 振替予定日 令和 年 月 日 ()
- 3 振替理由 令和 年 月請求分の未熟児養育医療受給者に係る各種医療費助成制度助成金相当分を振替支出(歳入)する。
- 4 添付資料
 - ① 未熟児養育医療自己負担金のお知らせ (様式第13号)
 - ② 未熟児養育医療調定者リスト (様式第16号)
 - ③ 委任状の写し

保健所管理課 保健事業グループ
電話 06-6647-0650
FAX 06-6647-0803

未熟児養育医療機関指定申請書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

開設者氏名

次のとおり母子保健法第 20 条第 5 項の規定による医療機関として指定されるよう申請します。

医療機関	名 称		
	所在地		
開設者	住 所		
	氏名又は名称		
標榜診療科名			
養育医療を主として担当する医師の氏名及び履歴		(履歴書別添のとおり)	
養育医療に必要な設備及び未熟児輸送自動車	1 未熟児室	室	8 ビニール又はポリエチレン
	2 保育器 閉鎖式	台	の管 個
	開放式	台	9 胃内酸素注入用カテーテル
	3 酸素吸入装置	台	個
	4 未熟児用ベッド	台	10 体温器 本
	5 蘇生器	台	(最低目盛セ氏 32 度)
	6 酸素テント	枚	11 輸送用自動車 台
7 酸素分析器	個	12 交換輸血用設備の 有無	
養育医療のための収容定員		人	
医師・助産師及び看護師の数		医師 人、助産師 人、看護師 人	人
患者の収容定員		人	

(注) 本申請書は、2 部提出すること。

大阪市指令大保第 号

令和 年 月 日

開設者

様

大阪市長

未熟児養育医療機関指定書

令和 年 月 日付で申請のあった次の医療機関を母子保健法第 20 条第 5 項の規定による医療機関に指定します。

記

所在地 大阪市 区

名称

開設者 住所

名称

指定養育医療機関指定辞退申出書

令和 年 月 日

大阪市長 様

開 設 者
住 所
氏名又は名称

母子保健法第 20 条第 5 項における指定養育医療機関の指定辞退について

母子保健法施行規則第 13 条の規定により、指定養育医療機関の指定について、次のとおり
辞退します。

記

医療機関又は診療所の名称

(医療機関コード)

所在地

郵便番号
住 所

電話番号

辞退年月日 令和 年 月 日

辞退理由

養育医療給付台帳

様式第20号

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			受療者との続柄	所得階層 区分	(円)	
	生年月日					生年月日						
	住所					住所						
	出生時体重					連絡先						
医療券 交付年月日等	医療券交付 年月日				保険 種別	保険区分				指定養育 医療機関		
	医療券 有効期間					保険者の 名称						
	診療 予定期間					被保険者等 記号・番号						
請求月	診療月	診療 実日数	総医療費①	医療保険 負担額②	公費負担額 ①-②=③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備考			
計												

(注) コード番号欄の※は、検証番号