

養育医療給付申請手続きのご案内

医療の給付が必要になった日から30日以内に、下記の書類をそろえて提出してください。

書 類 名	部 数	備 考
1. 養育医療給付申請書	1 枚	申請者（家族の方）で太枠以外をご記入ください。（記入例）
2. 養育医療意見書	1 枚	赤ちゃんの主治医に書いてもらってください。
3. 世帯調書	1 枚	申請者（家族の方）で赤ちゃんを続柄本人として記入してください。（記入例）
4. 世帯全員の住民票	1 枚	市役所市民課窓口でもらってください。 続柄の記載のあるもの。※赤ちゃんの氏名が記載されたもの。
5. 所得税額等を証明するもの （表1）をご覧ください。	該当するものを1枚ずつ	赤ちゃんとし計を同じにする家族の方について必要です。 （赤ちゃんからみた父母、祖父母、兄弟姉妹、その他） ただし18歳未満の方で未就業の場合は証明の提出不要です。 ※父親が単身赴任の場合：世帯外扶養義務者となります。

表1) 収入の状況		必要書類	発行先
所得税の確定申告をしている		所得税の確定申告の写し一式 （税務署受付印のあるもの。受付印がない場合は、 <u>所得税納税証明</u> も必要。）	香椎税務署
所得税の確定申告をしていない	給与所得	源泉徴収票 （前年まで給与所得があった方も必要）	勤務先 ※直近の原本が必要
	各種年金等	源泉徴収票	年金支払事務所
	未就業	直近の住民税課税証明(非課税証明)	市役所税務課

- 注意 1. 源泉徴収票の源泉徴収額または確定申告書（確定申告書 A (22) 確定申告書 B (27) ）の金額が 0円の場合は、他に『住民税非課税証明書』も必要です。住宅借入金特別控除等は適用されません。
2. 住民税が非課税の方は、住民税非課税証明証明書が必要です。
3. 生活保護受給の方は、市役所福祉課発行の「生活保護受給者証明書」が必要です。
4. 世帯全員（健康保険に加入している全員）が非課税の場合は、赤ちゃんの「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。

◎国保の場合：市役所市民課で交付

◎健康保険の場合：各保険者で交付

6. 健康保険証および乳幼児医療証の原本とコピー	1 枚ずつ	赤ちゃんが加入している健康保険証と乳幼児医療証
7. 委任状	1 枚	乳幼児医療申請を市が代行するためのものです。 申請者氏名は赤ちゃんの保護者氏名を記入。
8. 印鑑（認印）		印漏れ、訂正等がある場合に使用します。
9. 低体重児出生届	1 枚	母子健康手帳（別冊）の最終ページにあります。
10. 母子健康手帳のコピー	1 枚	母子健康手帳の「出生届出済証明」「妊婦の健康状態（妊婦が記載したもの）」「妊娠中の経過」「出産の状態」の頁のコピー。 （家庭訪問する際の資料とさせていただきます）

【問合せ先】 福津市 いきいき健康課
保健指導係
（福津市役所福間庁舎内）
電話番号 0940-34-3352

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年	年 月 日
		第	子	月 日	
居 住 地	電 話	出生時体重		g	
		在胎週数		週	
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・けいれん (2) 運動異常			
	2 体 温	(1) 摂氏 3 4 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 5 0 以上で増加傾向 (4) 毎分 3 0 以下 (5) 出血傾向が強い			
	4 消 化 器	(1) 生後 2 4 時間以上排便がない (2) 生後 4 8 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物・血性便がある			
	5 黄 疸	(1) あり (強・中・弱) (2) なし			
	その他の所見 (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	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					
上記のとおり診断します。					
年 月 日					
医療機関の名称 及び所在地					
医 師 氏 名 印					

養育医療給付申請書

公費負担者番								受給者番号						
本人	ふりがな 氏名							男・女	生年月日	平成 年 月 日生				
	個人番号 <small>(12桁)</small>							電話番号	— —					
	居住地 <small>(住民票所在地)</small>													
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>													
扶養者	ふりがな 氏名							職業			本人との続柄			
	個人番号 <small>(12桁)</small>							電話番号	— —					
	居住地													
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保						被保険者証等の記号及び番号	記号		番号				
指定養育医療機関	名称													
	所在地													
診療予定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで													
この券の有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで													
自己負担額	A	B	C	D	月額			円		出生時体重	g			

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名

⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

本人との続柄

福津市長 殿

受付印

養育医療給付申請書

公費負担者番	2	3	4	0	6	2	3	4	受給者番号							
本人	氏名	ふくつ はなこ 福津 花子							性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		生年月日	平成 28年 1月 1日生			
	個人番号 <small>(12桁)</small>	012345678910							電話番号	0940 - 42 - 1111						
	居住地 <small>(住民票所在地)</small>	福津市中央1丁目1-1														
	現在地 <small>(住所と異なる場合)</small>	福岡市東区馬出3丁目1番1号														
扶養者	氏名	ふくつ いちろう 福津 一郎							職業	会社員	本人との続柄		父			
	個人番号 <small>(12桁)</small>	109876543210							電話番号	090 - XXXX - XXXX						
	居住地	福津市中央1丁目1-1														
保険者等の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 国保 共済 生保 全国健康保険協会 福岡支部							被保険者証等の記号及び番号	記号 11111		番号 55					
指定養育医療機関	名称	九州大学病院														
	所在地	福岡市東区馬出3丁目1番1号														
診療予定期間	平成 28年 1月 1日から							平成 28年 12月 31日まで								
この券の有効期間	平成 年 月 日から							平成 年 月 日まで								
自己負担額	A	B	C	D	月額			円	出生時体重		g					

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 XX 年 XX 月 XX 日

申請者 住 所 福津市中央1丁目1-1

氏 名 福津 一郎

⑩

生年月日 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日生

本人との続柄 父福岡市東区馬出3丁目1番1号

福津市長 殿

受 付 印

世帯調書

申請者氏名					本人氏名					
児童の属する世帯構成員	氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業	階層区分	所得税額	備考	
世帯外扶養義務者	氏名									
	住所									
	氏名									
	住所									

委任状

福津市中央1丁目1番1号
福津市長 原 崎 智 仁
(健康福祉部いきいき健康課)

上記の者を私の代理人と定め次の行為を委任します。

母子保健法第21条4項に基づく未熟児養育医療費の自己負担金に係る子ども医療費支給制度助成金の福津市市民部保険年金医療課に対する請求行為及びその受領に関する一切の権限

なお、代理人が受領した上記助成金については、私が支払うべき上記自己負担金へ充当していただくよう申し出ます。

平成 年 月 日

(養育医療給付申請者)

住所

氏名

Ⓜ

受給資格証記号番号 ()

『注意』

未熟児養育医療自己負担金に対して充当することができる福津市の子ども医療助成金は、福津市の子ども医療費支給制度において償還払い（払い戻し）の対象となる部分についてのみです。償還払い（払い戻し）の対象とならない部分につきましては、保護者の方へ納入通知書を送付いたしますので、どうぞご了承ください。