

「未熟児養育医療」給付制度の申請案内

1. 未熟児養育医療とは

入院治療を必要とする未熟児に対して、母子保健法に基づき、その治療に必要な医療費を公費で負担する制度です。養育医療給付を受けることができるのは、「指定養育医療機関」での治療に限られます。なお、世帯の課税額に応じて、自己負担金が生じます。

2. 対象者

島本町に住所を有する乳児で、次の①②のいずれかに該当する方

① 出生時体重が2,000グラム以下の未熟児	
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 イ 運動が異常に少ない
(2) 体温	ア 摂氏34度以下
(3) 呼吸器循環器系	ア 強度のチアノーゼが持続する又はチアノーゼ発作を繰り返す 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 ウ 出血傾向が強い
(4) 消化器系	ア 生後24時間以上排便がない イ 生後48時間以上嘔吐が持続している ウ 出血吐物、血性便がある
(5) 黄疸	ア 生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸がある(重症黄疸による交換輸血を含む。)

3. 給付対象

入院治療における診察、医学的処置、薬剤又は治療材料の支給等に対して公費負担が受けられます。ただし、健康保険が適用される医療費が給付範囲となりますので、おむつ代・差額ベッド代などの保険適用外のものについては対象となりません。

4. 申請方法 ※乳児の保護者が申請

- ①申請先＝ **島本町役場 福祉推進課** (TEL075-962-7460)
- ②申請期間＝ 原則として、**入院期間中**に申請してください。(※退院後に申請された場合は、原則として対象になりません。申請のための来所等が困難な場合でも、まずはお電話などでご相談ください)
- ③申請に必要な書類等

養育医療給付申請書	用紙は福祉推進課にあります。⇒保護者が記入
養育医療意見書	用紙は福祉推進課にあります。⇒指定養育医療機関の医師が記入
世帯調書	用紙は福祉推進課にあります。⇒保護者が記入
健康保険証の写し (※乳児が加入するもの)	保険証を窓口を持参いただければ、コピーさせていただきます。 ※まだ乳児の健康保険証が発行されていない場合は、加入する予定の保護者の健康保険証のコピーで構いません。
印かん	認め印で結構です。
マイナンバーカード	乳児、保護者及び乳児と生計を同一にする者全員分
本人確認書類	運転免許証、健康保険証 等(窓口に来られる方のもの)

5. 自己負担金

①自己負担金(徴収基準月額)

申請者(保護者)の世帯の課税状況に応じて、下表のとおり、**徴収基準月額**が決定されます。なお、養育医療の対象者が2人以上いる場合は、2人目以降は加算月額(基準月額の10分の1)が適用されます。

②自己負担金の支払方法

自己負担金は、島本町から後日(診療月の約3~4か月後)送付する「**納入書**」によって、指定金融機関でお支払いいただきます。**※医療機関窓口での医療費自己負担はありません。(※保険診療外の費用を除く)**

③他の福祉医療費助成制度(乳幼児医療・ひとり親家庭医療・障害者医療)の併用

上記の福祉医療費助成制度の受給者の場合は、自己負担金から、あらかじめ福祉医療費助成制度の助成額を差し引いた金額を申請者に請求します。

<自己負担金の徴収基準額表>

世帯の階層区分		基準月額	加算月額		
A	・生活保護法による被保護世帯(単給世帯を含む)	0円	0円		
	・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による支援給付受給世帯				
B	当該年度分の市町村民税が非課税の世帯(A階層に該当する世帯を除く。)	2,600円	260円		
C	当該年度分の市町村民税のうち均等割のみ課税の世帯(A階層及びB階層に該当する世帯を除く。)	5,400円	540円		
D	当該年度分の市町村民税が課税の世帯であって、その市町村民税所得割の額の年額区分が次の額であるもの(A階層、B階層及びC階層に該当する世帯を除く。)	15,000円以下	D1	7,900円	790円
		15,001円~21,000円	D2	10,800円	1,080円
		21,001円~51,000円	D3	16,200円	1,620円
		51,001円~87,000円	D4	22,400円	2,240円
		87,001円~171,300円	D5	34,800円	3,480円
		171,301円~252,100円	D6	49,400円	4,940円
		252,101円~342,100円	D7	65,000円	6,500円
		342,101円~450,100円	D8	82,400円	8,240円
		450,101円~579,000円	D9	102,000円	10,200円
		579,001円~700,900円	D10	123,400円	12,340円
		700,901円~849,000円	D11	147,000円	14,700円
		849,001円~1,041,000円	D12	172,500円	17,250円
		1,041,001円~1,222,500円	D13	199,900円	19,990円
		1,222,501円~1,423,500円	D14	229,400円	22,940円
1,423,501円以上	D15	全額	全額の10分の1(10円未満の端数切捨て)26,300円に満たない場合は26,300円とする。		

6. その他(変更・再交付)

①申請内容に変更が生じた場合	申請者(保護者)の氏名・住所、乳児の氏名・住所・健康保険証等に変更が生じた場合は、福祉推進課に「 養育医療券記載事項変更届 」を提出してください。(用紙は福祉推進課にあります)
②医療券を紛失・破損・汚損した場合	福祉推進課に「 再交付申請書 」を提出してください。(用紙は福祉推進課にあります)

<<問合せ・申請先>>

〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号
島本町役場 福祉推進課 (役場1階⑥番窓口 電話075-962-7460 FAX075-962-5652)