

養育医療給付申請について

※必ずお読みください。

給付を受けるには、こども家庭課に次の必要書類を添えて申請してください。郵送でも申請可能です。

必要書類

- ① 養育医療意見書（２ページ目）※医師が記入する書類です。
- ② 養育医療給付申請書（５ページ目）
- ③ 世帯調書兼同意書（６ページ目）
- ④ お子様の有効な健康保険証（お子様が加入予定の保護者の健康保険証でも受け付けます。）

注意事項

1. ①養育医療意見書は医師が記入する書類です。取得する場合、費用はかかりません。本制度に該当になるか担当医と御相談をお願いします。
2. お子様の入院先が指定養育医療機関でない場合、養育医療給付の申請はできません
3. 養育医療の申請を希望する場合は、予め医療機関にその旨を伝え、支払いを待ってもらうようにしてください。先に支払いが完了してしまうと、養育医療給付が受けられなくなります。
4. 電話番号は平日の日中に連絡がつきやすい番号を記入してください。
5. 平塚市へ書類が到着後、一週間程度で御本人宛に「養育医療券」、医療機関に「給付決定通知書」を送付します。
※「養育医療券」は、医療機関に提出してください。

郵送での手続き方法

1. ②養育医療給付申請書と③世帯調書兼同意書に記入してください。
2. 上記必要書類を同封し、平塚市こども家庭課へ郵送してください。
※郵便事故による書類の紛失については責任を負いかねます。

提出先

〒254-8686
平塚市浅間町9番1号
平塚市こども家庭課 児童手当・医療担当
[養育医療給付 申請書在中]

こちらを切り取り、封筒に貼る等
御利用ください。
※切手を貼ってください。

問い合わせ先：平塚市役所こども家庭課 児童手当・医療担当
電話 0463-21-9844（直通）
FAX 0463-21-9738

第2号様式（第2条関係）

養 育 医 療 意 見 書							1 新 規	2 継 続
ふりがな 乳児氏名		性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日			
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))				出生 時の 体重	g		
症 状 の 概 要	一 般 状 態	(1) 運動不安・けいれん						
		(2) 運動が異常に少ない						
	体 温	(1) 摂氏34度以下						
		呼 吸 器 循 環 器	(1) 強度のチアノーゼが持続する					
	(2) チアノーゼ発作を繰り返す							
	(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向にある							
	(4) 呼吸数が毎分30以下である							
	(5) 出血傾向が強い							
	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する						
		(3) 血性吐物・血性便がある						
	黄 疸 ^{だん}	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い						
	その他の所見 (合併症の有無等)							
診 療 予 定 期 間 (継続診療予定期間)		年 月 日 から 年 月 日まで						
現在受けている医療		保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他医療						
症 状 の 経 過 (継続診療の理由)								
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 郵便番号 電話番号 医師氏名								

1 新規 2 継続

公費負担者番号	2	3	1	4	6	0	7	9
公費負担医療の 受給者番号								
記号・番号	04 1234・567					保険者番号 140046		
乳 児	ふりがな	ひらつか かいと					出生体重	1234 g
	氏 名	平塚 海斗					個人番号	記入は不要
	住 所 地	(〒254-8686) 平塚市浅間町9-1 市役所ハイツ110号						
	現 在 地	☒ 上記に同じ						
	生年月日	令和〇〇年〇月〇日					男 女	
保 護 者 (申請者)	氏 名	平塚 市郎					個人番号	記入は不要
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日					乳児と の続柄	父
	住 所 地	(〒) ☒ 乳児と同じ					電話 (父)	090-1111-1111
	在 地	☒ 上記に同じ					電話 (母)	
医 療 機 関 (病院・診療所)	名 称	〇〇病院						
	所 在 地	〇〇〇〇						
有効期間		から まで						
診療予定期間 (継続診療予定期間)		から まで						
自己負担月額		階層 円						
(提出先) 平塚市長 令和〇〇年〇月〇日 上記のとおり申請します。 養育医療給付申請に伴い、私及び世帯員に関する情報を公簿等により確認することに同意します。また、母子保健法に基づく訪問指導のために本申請書、養育医療意見書及び世帯調書を利用することに同意します。 申請者氏名 平塚 市郎								

生計中心者の方のお名前
でお書きください。

平日の日中に連絡がつきやす
い番号をお願いします。

記入例

第3号様式（第2条関係）

世帯調書 兼 同意書

養育医療給付申請に伴い、私に関する情報を公簿等により確認することに同意します。また、母子保健法に基づく訪問指導のために申請書、養育医療意見書及び世帯調書を利用することに同意します。

世帯の状況 〔同意書〕	氏名	続柄	性別	同居 別居	生年月日	職業 勤務先
	個人番号					
世帯の状況 〔同意書〕	平塚 海斗	本人 (乳児)	男・女	同・別	R ○.○.○	
	記入は不要					
	平塚 市郎	父	男・女	同・別	S H ○.○.○ R	○△商事
	記入は不要					
	平塚 市子	母	男・女	同・別	S H ○.○.○ R	専業主婦
	記入は不要					
	平塚 花子	子	男・女	同・別	S H ○.○.○ R	
	記入は不要					
	平塚 市夫	祖父	男・女	同・別	S H ○.○.○ R	
	記入は不要					
備考	養育医療費助成のために 市が個人情報取得する事についての同意書を兼ねています。 18歳以上で生計を一にしている世帯員は「自署」をお願いします。 ※代筆は不可です。					

養育医療給付申請書

1 新規 2 継続

公費負担者番号	2	3	1	4	6	0	7	9
公費負担医療の 受給者番号								
記号・番号						保険者番号		
乳 児	ふりがな						出生体重	g
	氏 名						個人番号	
	住 所 地	(〒)						
	現 在 地	☐ 上記に同じ						
	生年月日	令和 年 月 日					男・女	
保 護 者 (申 請 者)	氏 名						個人番号	
	生年月日	年 月 日					乳児と の続柄	
	住 所 地	(〒) ☐ 乳児と同じ					電話 (父) 電話 (母)	
	現 在 地	☐ 上記に同じ						
医 療 機 関 (病院・診療所)	名 称							
	所 在 地							
有効期間		から まで						
診療予定期間（継続診療予定期間）		から まで						
自己負担月額		階層 円						
(提出先) 平塚市長 年 月 日 上記のとおり申請します。 養育医療給付申請に伴い、私及び世帯員に関する情報を公簿等により確認することに同意します。また、母子保健法に基づく訪問指導のために本申請書、養育医療意見書及び世帯調書を利用することに同意します。 申請者氏名								

第3号様式（第2条関係）

世帯調書 兼 同意書（委任状）

養育医療給付申請に伴い、私に関する情報を公簿等により確認することに同意します。また、母子保健法に基づく訪問指導のために申請書、養育医療意見書及び世帯調書を利用することに同意します。

世帯の状況 兼 同意書 (委任状)	氏 名	続 柄	性 別	同 居 別 居	生 年 月 日	職 業 勤 務 先
	個 人 番 号					
		本 人 (乳児)	男 ・ 女	同 ・ 別	R . .	
			男 ・ 女	同 ・ 別	S H . . R	
			男 ・ 女	同 ・ 別	S H . . R	
			男 ・ 女	同 ・ 別	S H . . R	
			男 ・ 女	同 ・ 別	S H . . R	

備 考

（受任者）平塚市こども家庭課長

私は、上記の者に次の事項を委任します。

母子保健法第20条の規定による養育医療の給付に要する費用のうち、同法第21条の4の規定により、扶養義務者が納付すべき一部負担金の納付ならびに平塚市小児医療費助成条例または平塚市ひとり親家庭等医療費助成による医療費の申請書の提出及び受領に関すること。

⊕ 医療証

⊖ 医療証

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

※該当する医療証に○をしてください