

未熟児養育医療について

医師が「未熟児」かつ入院治療が必要と認めた児の治療のうち、保険診療の保護者負担分につき、公費助成するものです。

申請は、お子さんの居住地になります。

利用に当たっては、保険証と一緒に、申請により交付された医療券を指定養育医療機関へ提示する必要があります。

指定養育医療機関

千葉市立海浜病院、千葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院など。
その他については申請窓口でご確認ください。

給付（助成）の範囲

入院医療の保険診療分

* 雑費等保険適用にならない費用のみ、病院窓口でお支払いください。

* 医療費を精算してしまった場合、助成を受けられません。

給付期間

1歳の誕生日の前日までで、医師が必要と認めた期間。

申請時に持参するもの

- 1 養育医療意見書（医師が証明したもの）
- 2 健康保険証（お子さんの分）
- 3 市町村民税額を証明する書類

（家計を同じくする世帯全員分。ただし、書類上扶養と確認できる者を除く。）

千葉市が所得や課税状況について調査をすることに同意いただける場合は、提出は不要です。

ただし、以下に該当する場合は、書類の提出が必要となりますので【必要書類】をご用意ください。

- 千葉市が調査を行うことに同意されない方
- 市町村民税が千葉市以外で課税されている方
- 未申告等の理由により課税状況が確認できない方

【必要書類】

○市民税・県民税納税通知書

○市町村の発行する所得証明書など

* 源泉徴収票は使用できません

* 申請日が4月～6月の場合は前年度分、それ以外は当年度分

- 4 マイナンバー確認書類（詳しくは別紙をご参照ください）
- 5 印鑑（認印）

申請時に記入するもの

- 1 養育医療給付申請書（出生後1か月以上経過して申請する場合は遅延理由書も必要になります。）
- 2 世帯調書
- 3 未熟児養育医療に関する課税状況等の調査に係る同意書

医療券の交付

- 1 申請した月の翌月中旬～月末頃、申請者のご自宅へ医療券を郵送します。
- 2 医療券が届きましたら、医療機関へ提示してください。

～お問い合わせ・申請手続き先～

お住まいの区の保健福祉センター健康課 すこやか親子班

お住まいの区	所在地	場所の説明	電話番号	FAX 番号
中央区	中央区中央4-5-1	Qiball（きぼーる）13階	043-221-2581	043-221-2590
花見川区	花見川区瑞穂1-1	区役所の隣	043-275-6295	043-275-6298
稲毛区	稲毛区穴川4-12-4	稲毛消防署の隣	043-284-6493	043-284-6496
若葉区	若葉区貝塚2-19-1	区役所の向かい	043-233-8191	043-233-8198
緑区	緑区鎌取町226-1	鎌取十字路すぐ	043-292-2620	043-292-1804
美浜区	美浜区真砂5-15-2	区役所の隣	043-270-2213	043-270-2065

マイナンバー確認が必要になります

平成29年11月以降、申請書時にマイナンバーの記入、マイナンバー確認書類の提示または提出が必要になります。

必要書類等、詳しくは下記をご確認ください。

【持参するもの】

申請者本人が 来庁する場合	申請者本人の個人 番号カードを持っ ている場合	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（顔写真付き）
	申請者本人の個人 番号カードを持っ ていない場合	<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード、個人番号記載の住民票 （いずれか1つ） <input type="checkbox"/> 本人確認ができるもの※ （下記参照 Aの場合1つ、Bの場合2つ）
代理人が 来庁する場合	<input type="checkbox"/> 申請者本人の個人番号がわかるもの （個人番号カード、個人番号通知カード、個人番号記載の住民票 いずれか 1つ・写しでも可） <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認ができるもの※ （下記参照 Aの場合1つ、Bの場合2つ） <input type="checkbox"/> 代理権の確認ができるもの （委任状または申請者の本人確認ができるもの※（下記参照 A、Bの中か ら1つ））	

◎郵送の場合は、書類又はその写しを提出してください。

◎申請書及び世帯調書に記入していただく申請者以外の世帯員の番号確認は、申請者の方が行ってください。

（例）受療者=子 申請者=父 世帯員=父、母、子の場合

- ・子、母の番号確認は父が行う
- ・父の番号確認は健康課の職員が行う

※本人確認ができるもの（有効期限内のもので、原本をご提示ください）

A：運転免許証、旅券、住基カード（写真付）、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、官公署が発行した顔写真付の氏名・生年月日又は住所記載の書類 など

B：公的医療保険の被保険者証、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、官公署が発行した氏名、生年月日又は住所記載の書類 など

養 育 医 療 意 見 書					
ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住 所			出生時の体重	g	
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34度以下		
	3	呼 吸 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		
		循 環 器	(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	(1) あり（強・中・弱，生後（ ）時間に発生） (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 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。					
年 月 日					
指定養育医療機関			所 在 地		
医 師			名 称		
氏 名			印		