

# 新潟市未熟児養育医療事務取扱要領

## (趣 旨)

第1条 この要領は、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第20条第1項の規定に基づき、市が医療の必要な未熟児に対してその養育に必要な医療の給付（以下「養育医療給付」という。）を行うことについて、必要な事項を定めるものとする。

## (対 象)

第2条 養育医療給付の対象は、その保護者（法第6条第4項に規定する者をいう。以下同じ。）が新潟市内に住所を有する法第6条第6項に規定する未熟児であって、次の各号の一に該当するもので、第3条に定める指定養育医療機関の医師が入院養育を必要と認めたものとする。

- (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
  - (ア) 一般状態
    - a 運動不安・痙攣があるもの
    - b 運動が異常に少ないもの
  - (イ) 体温が摂氏34度以下のもの
  - (ウ) 呼吸器、循環器系
    - a 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
    - b 呼吸数が毎分50を超えて増加の傾向にあるか、又は毎分30以下のもの
    - c 出血傾向の強いもの
  - (エ) 消化器系
    - a 生後24時間以上排便のないもの
    - b 生後48時間以上嘔吐が持続しているもの
    - c 血性吐物、血性便のあるもの
  - (オ) 黄疸  
生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの
- (3) その他前各号に準ずると市長が認めるもの

## (指定養育医療機関)

第3条 養育医療給付は、法第20条第4項及び第5項の規定に基づき厚生労働大臣又は都道府県知事及び指定都市の市長並びに中核市の市長が指定した病院、もしくは診療所、又は薬局（以下「指定養育医療機関」という。）で行なうものとする。

- 2 指定養育医療機関（病院・診療所）の具備すべき基準は、次のとおりとする。
  - (1) 産科又は小児科を標ぼうしていること
  - (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婦を相当数有すること

- 3 指定養育医療機関（薬局）の具備すべき基準は、薬事法（昭和35年法律第145号）の薬局の基準に準ずるものとする。
- 4 指定養育医療機関の指定申請及び届出等は、次のとおりとする。
  - (1) 母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号。以下「省令」という。）第10条第1項の規定に基づく申請は、別記様式第1号による指定養育医療機関（病院・診療所）指定申請書を市長に提出するものとする。
  - (2) 省令第10条第2項の規定に基づく申請は、別記様式第2号による指定養育医療機関（薬局）指定申請書を市長に提出するものとする。
  - (3) 市長は、前2号の規定による申請書を受理した場合は、内容を審査し、速やかに指定するか否かを決定し、別記様式第3号による指定養育医療機関（病院・診療所・薬局）決定通知書により申請者に通知するものとする。
  - (4) 省令第12条第1号の規定に基づく届出は、別記様式第4号による指定養育医療機関（病院・診療所・薬局）指定申請事項変更届を市長に提出するものとする。
  - (5) 省令第12条第2号の規定に基づく届出は、別記様式第5号による指定養育医療機関（病院・診療所・薬局）業務休止（再開）届を市長に提出するものとする。
  - (6) 省令第12条第3号の規定に基づく届出は、別記様式第6号による処分届を市長に提出するものとする。市長はこの場合において、当該養育医療機関に対して法第20条第6項の規定に基づく処分をすることができる。
  - (7) 省令第13条の規定に基づく申出は、別記様式第7号による養育医療機関（病院・診療所・薬局）指定辞退申出書を市長に提出するものとする。

#### **（養育医療給付の申請）**

第4条 養育医療の給付の申請者（以下「申請者」という。）は、未熟児の保護者とする。

- 2 申請者は、養育医療給付を受けようとするときは、別記様式第8号による養育医療給付申請書に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。
  - (1) 別記様式第9号による養育医療意見書
  - (2) 別記様式第10号による世帯調書
  - (3) 扶養義務者の当該年度の市民税額の証明書
  - (4) その他市長が必要と認めた書類

#### **（養育医療給付の決定）**

第5条 市長は、前条第2項の規定による申請書を受理したときは、内容を審査し、速やかに養育医療給付するか否かの決定をするものとする。

### **(医療券の交付)**

第6条 市長は、養育医療給付を行うことを決定したときは、別記様式第11号による養育医療券（以下「医療券」という。）を申請者に交付し、かつ、医療券に記載した指定養育医療機関にその旨を通知するものとする。

2 市長は、養育医療給付を行わないことを決定したときは、速やかに別記様式第12号による養育医療給付申請却下決定通知書により、申請者に通知するものとする。

### **(医療券の有効期間等)**

第7条 医療券の有効期間は、当該指定養育医療機関による当該医療開始の日から当該医療終了の日までとする。

2 医療券の有効期間満了後も養育医療給付を継続する必要がある場合は、指定養育医療機関は事前に別記様式第13号による養育医療継続協議書を市長に提出し、協議しなければならない。この場合において市長は、継続の決定を行なったときは別記様式第14号による養育医療継続承認書を指定養育医療機関及び申請者に交付することとする。

3 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、申請者は新たに申請を行い、医療券の交付を受けるものとする。この場合において申請書には、転院の必要理由を記載した医師の意見書を添付することとし、第4条第2号から第4号までの書類は省略できるものとする。

4 医療券を紛失又はき損した場合、申請者は別記様式第15号による養育医療券再交付申請書を市長に提出するものとする。

### **(医療の給付)**

第8条 養育医療給付は、現物給付によることを原則とし、やむを得ない事情がある場合にのみ現物給付にかえてその費用を支給することとする。

### **(養育医療費の支払)**

第9条 市長が指定養育医療機関に支払う養育医療にかかる診療報酬（以下「診療報酬」という。）の額は、社会保険各法により負担される額を除いた額とする。

### **(診療報酬の審査及び支払事務)**

第10条 診療報酬の審査及び支払は、市長が新潟県社会保険診療報酬支払基金幹事長及び新潟県国民健康保険団体連合会理事長と締結した委託契約に基づいて行う。

(徴収額の決定及び徴収)

第11条 法第21条第4項の規定に基づき、市長が養育医療給付に要した費用を扶養義務者から徴収する額の決定及び徴収は、新潟市養育医療措置費負担金徴収規則（昭和36年12月28日規則第79号）に定めるところによる。

(その他)

第12条 市長は、養育医療の申請及び給付に関する状況を明らかにしておくため、別記様式第16号による養育医療給付台帳を備え付けるものとする。

2 給付継続中に階層の再認定を行った場合は、別記様式第17号により申請者に通知するものとする。

附 則

この要領は、平成10年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成14年4月1日から施行する。ただし、改正後の第3条は平成13年1月6日から適用し、別記様式第1号については平成14年3月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成16年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年2月9日から実施し、令和2年12月25日から適用する。

別記様式第1号(第3条関係)

指定養育医療機関（病院・診療所）指定申請書					
病院又は診療所の名称		所在地			
開設者の氏名又は名称		住所			
標ぼうしている診療科名					
養育医療を主として担当する医師の氏名				経歴	別紙(1)のとおり
未熟児収容可能人員	人	病 床	1 独立した未熟児室	室 床	暖房 有 ( ) ・ 無
			2 独立した新生児室	室 床	暖房 有 ( ) ・ 無
未熟児の養育医療を行うために必要な施設の概要及び平面図	別 紙 (2) の と お り (平面図を添付すること)		救急車及び未熟児の移送に利用する自動車の有無	有 ( ) 台 ・ 無	
病床数 床	産婦人科の病床 床 小児科の病床 床	職員 (医師) 人	産婦人科医 人 小児科医 人	看護師 人 准看護師 人 助産師 人	
<p>母子保健法第20条第5項の規定により指定養育医療機関として指定願いたく申請します。                      (あて先) 新潟市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住所 氏名</p>					

注 暖房有の場合は( )内に暖房の種類を記入のこと。





別記様式第2号(第3条関係)

## 指定養育医療機関(薬局)指定申請書

薬局の名称		所在地	
開設者の氏名		住所	
薬剤師の氏名		経歴	別紙(1)のとおり
薬剤師名簿 登録番号		薬剤師名簿 登録年月日	
調剤を行うために必要な 施設の概要及び平面図	別紙(2)のとおり		
母子保健法第20条第5項の規定により指定養育医療機関として指定願いたく申請します。			
(あて先) 新潟市長			
年 月 日			
開設者 住所 氏名			





調剤のために必要な設備の概要・平面図		
主たる設備		調剤所の平面図
品目	品目	

第 年 月 日 号

様

新潟市長 印

指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)決定通知書

年 月 日付で提出された指定養育医療機関(病院・診療所・薬局) 指定申請について、次のように決定したので通知します。

医療機関 を

- 1.指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)に指定します。
- 2.指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)に指定しません。  
理由

別記様式第4号(第3条関係)

指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)指定申請事項変更届

年 月 日

(あて先) 新潟市長

開設者 住所

氏名

下記のとおり母子保健法施行規則第12条第1項に規定する事項に変更がありましたので届け出ます。

記

変更前	変更後	変更年月日	変更理由

指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)業務休止(再開)届

年 月 日

(あて先) 新潟市長

開設者 住所

氏名

下記のとおり指定養育医療機関(病院・診療所・薬局)を休止(再開)しましたので届け出ます。

記

名称	休止(再開)年月日	休止期間	理由

(注) 休止期間欄は、休止の届出の場合にあつては休止の予定期間、再開の届出の場合にあつては実際に休止した期間を記入すること。

別記様式第6号(第3条関係)

処 分 届

年 月 日

(あて先) 新 潟 市 長

開設者 住所  
氏名

下記のとおり医療法(薬事法)第 条 第 項 の規定による処分を受けましたので届け出ます。

記

処分年月日	処分の内容	処分の理由	処分者

## 養育医療機関(病院・診療所・薬局)指定辞退申出書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

開設者 住所

氏名

下記理由により養育医療機関(病院・診療所・薬局)の指定を辞退します。

記

指定養育医療機関名	辞退年月日	理由

## 養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居住地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備考					
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。  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> (あて先) 新潟市長  申請者住所 郵便番号  本人との続柄 申請者氏名 ( 生年月日 年 月 日 ) ( 電話番号 - - )					
担当課 記載欄	受給者番号		診療予定期間	. . ~ . .	
	所得割額		階層区分	階層	
				徴収基準月額	円

記載上の注意

- ・太枠の中を記入してください。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入ください。

※ 添付書類 養育医療意見書・世帯調書・階層区分を証明する書類



養育医療意見書						
ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名						
在胎週数	(単胎/双胎 ( 胎 ) )			出生時の体重	グラム	
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない				
	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) 呼吸数が毎分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) 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	年 月 日 ~ 年 月 日					
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 その他の医療					
症状の経過						
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						

世 帯 調 書

申請者氏名		ふりがな			本人氏名		ふりがな	
世帯構成員氏名 (個人番号)	続柄	生年月日	職 業	階層 区分	市町村民税		階層区分等証明	
					均等割額	所得割額		
( )	本人	・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
( )		・ ・						
世帯外扶養義務者	氏名		・ ・					
	個人番号							
	住所							
	氏名		・ ・					
	個人番号							
住所								

※ 太枠欄の中を記入してください。

(裏)

## 記 載 要 項

- 1 「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ます。本人を含めて全世帯構成員を記入してください。「扶養義務者」とは、父母、祖父母、養父母、兄弟姉妹その他家庭裁判所で扶養の義務を負わされた叔父叔母等、民法第877条に定められている者です。
- 2 階層区分と必要な証明書は次のとおりです。

階層区分	世帯の区分	必要な証明書
A 階層	生活保護法による被保護世帯 (生活扶助のほか医療扶助を受けている場合も含む)	被保護者であることについての福祉事務所長、市長又は児童委員の証明
B 階層	市町村民税非課税世帯	※転入者で新潟市に課税情報のない場合 市町村民税の課税額についての市町村長の証明
C 階層	市町村民税課税世帯 (均等割額のみ)	※転入者で新潟市に課税情報のない場合 市町村民税の課税額についての市町村長の証明
D 階層	市町村民税課税世帯	※転入者で新潟市に課税情報のない場合 市町村民税の課税額についての市町村長の証明

階層により負担金の金額が異なります。

- 3 世帯構成員中本人以外の児童が、育成医療の給付、養育医療の給付、療育の給付又は補装具の交付（修理）を現在受けている、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。
- 4 「世帯外扶養義務者」の欄には、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にのみ記入してください。

申請後給付が終了するまでの間に上記記載事項に変更が生じた場合は、担当課に届け出てください。

## 養 育 医 療 券

公費負担番号	2	3	1	5	1	0	1	2	交 付 年 月 日
公費負担医療の 受給者番号	0	0	0						年 月 日
被保険者証等の 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						受療者との 続柄		
	生 年 月 日		年 月 日			職 業			
	住 所		新潟市						
指定養育医療期間	名 称								
	所 在 地								
診療予定期間	年 月 日		から			年 月 日		日まで	
この券の有効期間	年 月 日		から			年 月 日		日まで	
<p>上記のとおり決定する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">新潟市長</p>									

第 号  
年 月 日

様

新潟市長 印

## 養育医療給付申請却下決定通知書

年 月 日付で、あなたが申請した さんについて、  
以下の理由により養育医療の給付を行わないことに決定いたしましたので、  
通知します。

理 由

養育医療継続協議書

受給者番号	-----	被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
在胎週数	(単胎/双胎 ( 胎 ))			出生時の体重	グラム
現在の症状	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない		現在の体重	グラム
	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) 呼吸数が毎分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) 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)				
現在まで実施していた医療	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 その他の医療				
今後必要とする医療					
今後必要とする期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)				
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					
担当課 記載欄	当初診療 予定期間	. . ~ . .		階層 区分	階層
				徴収 基準 月額	円

別記様式第14号(第7条関係)

## 養育医療継続承認書

負担者番号	2   3   1   5   1   0   1   2	受給者番号	
被保険者証等の 記号及び番号			保険者の名称
受療者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
扶養義務者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
診療予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
この承認書の 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
<p>上記のとおり養育医療の給付を継続することを承認します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">新潟市長</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="margin-top: 20px;">指定養育医療機関</p> <p style="margin-left: 300px;">様</p> <p style="margin-top: 20px;">申請者</p> <p style="margin-left: 300px;">様</p>			

注 養育医療券に添付しておくこと。

## 養育医療券再交付申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

申請者 住所

氏名

下記理由により養育医療券の再交付を申請します。

再交付 申請理由			
受療者氏名		生年月日	年 月 日
扶養義務者 氏名		本人との 続柄	
扶養義務者 住所			
被保険者証等の 記号及び番号		保険者名	



別記様式第16号(第12条関係)

## 養育医療給付台帳

養育医療給付台帳			区 分	記 事			
申請者	住所		受給者番号	0	0	0	
	氏名		有効期間				
	生年月日	昭和 年 月 日	医療機関コード				
受療者	氏名		医療機関名				
	生年月日	平成 年 月 日	保 険 者				
	出生時体重	g	記号番号				

負担者番号							
乳児医療費助成							
受給期間	. . ~ . .						
交付年度		給付年度					
交付年月日	平成 年 月 日						
備考							

請求月	診療月	診療日数	階層区分	基準額	総医療費	医療保険負担額	公費負担額	補助基本額	自己負担額
計									
備考									

第 号  
年 月 日

様

新潟市長 印

### 養育医療自己負担額変更通知書

養育医療にかかる自己負担額を下記のとおり変更しましたので通知します。

記

受給者番号	受給者氏名	変更後		変更前	
		階層区分	自己負担額 (円)	階層区分	自己負担額 (円)

適用 年 月 日から

変更理由