

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. 所得税額等を証明するもの ※福津市に課税情報がある方は不要です。 ※課税情報がない方は下記の表 1) をご覧ください	該当するものを 1 枚ずつ	※福津市に課税情報がない場合（当年 1 月 1 日時点で福津市に住所がない方など）は、赤ちゃんと生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
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>所得税納税証明も必要。</u> ）
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）
	各種年金等	源泉徴収票
	未就業	直近の住民税課税証明(非課税証明)
		発行先
		香椎税務署
		勤務先
		※直近の原本が必要
		年金支払事務所
		市役所税務課
5. 健康保険証および子ども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子ども医療証
6. 委任状	1 枚	医療費の請求を市が代行するためのものです。 申請者氏名は養育医療給付申請者の氏名を記入。
7. 印鑑（認印）		印漏れ、訂正等がある場合に使用します。
8. 低体重児出生届	1 枚	妊婦健康診査補助券の最終ページにあります。
9. 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）

- 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

【問合せ先】 福津市 子育て世代包括支援課
保健指導係
（福津市役所本館 1 階）
電話番号 0940-34-3352

養育医療給付申請書

公費負担者番	号	2	3	4	0	6	2	3	4	受給者番号						
本人	ふりがな氏名									男・女	生年月日	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>															
扶養義務者	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	年 月 日から 年 月 日まで															
この券の有効期間	年 月 日から 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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

㊟

生年月日 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

公費負担者番号	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						男 女	生年月日	令和1年 5月 1日生							
	個人番号 (12桁)	012345678910						電話番号	0940 - 42 - 1111								
	居住地 (住民票所在地)	福津市中央1丁目1-1															
	現所在地 (住所地と異なる場合)	福岡市東区馬出3丁目1番1号															
扶養義務者	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 (12桁)	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	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	令和1年 5月 1日から 令和2年 4月 30日まで																
この券の有効期間	年 月 日から 令和 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。

令和 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

印

生年月日 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日生

本人との続柄 父

福津市長 殿

受付印

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34度以下			
	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 循 環 器	(3) 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 (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) (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					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関の名称 及び所在地</p> <p>医 師 氏 名 印</p>					

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	市民税額	備考	
世帯外扶養義務者	氏名									
	住所									
	氏名									
	住所									
同意欄	<p>世帯状況及び扶養義務者から徴収する額に係る課税状況を確認するため、福津市が申請者の属する世帯の住民基本台帳及び市民税情報を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 ㊞</p>									

世帯調書

記入例

申請者氏名		福津 一郎			本人氏名		福津 花子		
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	市民税額	備考
	福津 太郎	祖父	男	S32.12.5	*****	無職	}		18歳以上の方々はそれぞれの所得税等の証明が必要です
	福津 貴和美	祖母	女	S35.5.6	*****	無職			
	福津 一郎	父	男	S63.5.26	*****	会社員			
	福津 愛	母	女	H4.10.28	*****	主婦			
	福津 好美	叔母	女	S59.5.30	*****	会社員		叔父・叔母は不要	
	福津 真	兄	男	H28.5.9	*****	赤ちゃんが本人です。家族は赤ちゃんから見た続柄を記入してください。			
	福津 花子	本人	女	R1.5.1	*****				
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所	※単身赴任などで住民票が別の場合に必要です							
	氏名								
	住所								
同意欄	世帯状況及び扶養義務者から徴収する額に係る課税状況を確認するため、福津市が申請者の属する世帯の住民基本台帳及び市民税情報を閲覧することに同意します。								
	年 月 日				申請者氏名		福津 一郎		㊞

委任状

福津市中央1丁目1番1号
福津市長 原 崎 智 仁
(健康福祉部子育て世代包括支援課)

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。

年 月 日

(養育医療給付申請者)

住所

氏名

⑨

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。