

砂川市規則第1号
令和6年3月13日

砂川市母子保健法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市母子保健法施行細則の一部を改正する規則

砂川市母子保健法施行細則（平成25年規則第18号）の一部を次のように改正する。

第9条の見出し中「看護料又は」を削り、同条第1項中「第4条第4号の看護又は同条第5号」を「第4条第5号」に、「看護（移送）費用受給承認申請書」を「移送費用受給承認申請書」に改め、同項中第1号を削り、同項第2号中「看護又は」を削り、同号を同項第1号とし、同項中第3号を第2号とし、同条第2項中「看護（移送）費用支給承認書」を「移送費用支給承認書」に改める。

第12条中「（平成26年5月26日付け厚生労働省発雇児第0526第3号）」を「（令和5年6月16日付けこ成母第77号）」に改める。

別記第1号様式、別記第2号様式及び別記第4号様式から別記第8号様式までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

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 <small>（住民票所在地）</small>	〒 -		個人番号	
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との 続柄		
	居 住 地 <small>（本人住所地と異なる場合）</small>	〒 -			
	電 話 番 号		個人番号		
医 療 保 険 の 記 号 及 び 番 号			保 険 区 分	協会けんぽ 健保 国保 共済 生保 その他（ ）	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地					
備 考					
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所 〒 -</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">本 人 と の 続 柄</p> <p style="text-align: center;">連 絡 先 電 話 番 号 ()</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">砂川市長 様</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

記載上の注意

「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

「居住地」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してください。

養育医療意見書

ふりがな 氏名	-----	男・女	生年 月日	年 月 日
在胎週数	週（単胎／双胎（胎））		出生時の体重	g
症 状 の 概 要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 ^{けいれん} (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 ^{おう} が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄疸 ^{だん疸}	(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 その他の医療			
治療に要する 医療費見込額	円			
症状の経過				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名</p>				

別記第4号様式（第5条関係）

（表面）

養 育 医 療 券										
公費負担者番号										交付年月日
受給者番号										年 月 日
階層区分						支 払 命令額	月	円		
医療保険の 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									
	生年月日	年 月 日					受療者との 続柄			
	住所									
指 定 養 育 医 療 機 関	名称									
	所在地									
診療予定期間	年 月 日～				年 月 日					
有効期間	年 月 日～				年 月 日					
上記のとおり決定します。										
年 月 日										
砂川市長 ㊟										

（裏面）

注 意 事 項	
1	この証は、国・北海道の指定する医療機関のみしか使用できません。
2	保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口提出してください。
3	受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
4	氏名、住所地、医療機関等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
5	加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
6	この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
7	有効期間を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
8	不正にこの証を使用した者は、法により罰せられます。
この手続き等についての問合せは、 砂川市市民部市民生活課保険係へ 電話 0125-74-4745	

養育医療継続申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者

養育医療券	受給者番号	第 号	交付年月日		年 月 日
	受療者の氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	申請者の氏名		住所地		
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
継続を要する期間	年 月 日まで 日間			継続に要する医療費見込額	円
担当医師の意見	当初の主要症状又は病名				
	これまでの症状の経過	現在の体重（ ）g			
	継続を要する具体的理由				
	継続の結果による回復の見込み				
	<p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名</p>				

注 担当医師の意見欄は、現に養育医療の給付を受けている指定養育医療機関の医師に記入してもらうこと。

別記第6号様式（第9関係）

移送費用受給承認申請書			
受療者氏名		受給者番号	
担当 医師 の 意見	移送区間	から まで	
	移送方法		
	移送年月日	年 月 日	
	移送を必要と認める理由		
	費用見積額	円	
<p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関の名称及び所在地</p> <p>担当医師氏名</p>			
やむを得ない理由で 事後において申請する ときはその理由			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所 〒 ー</p> <p>氏名</p> <p>受療者との続柄</p> <p>電話番号</p> <p>砂川市長 様</p>			
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日

注 次の書類を添付してください。

- 1 移送に要した費用についての領収書の写し
- 2 その他市長が必要と認める書類

移 送 費 用 支 給 承 認 書

年 月 日

様

砂川市長



年 月 日付けで申請のありました移送費用の支給については、次のとおり承認
します。

受 療 者 氏 名			
受 給 者 証 番 号		交 付 年 月 日	年 月 日
指 定 養 育 医 療 機 関			
移 送 区 間	から まで		
移 送 料	円		

徴 収 金 減 免 申 請 書

砂川市長 様

住 所
申請者
氏 名

養育医療費の減免を受けたいので、砂川市母子保健法施行細則第13条第2項の規定により、次のとおり申請します。

受療者	氏 名	
	住 所	
	申請者との続柄	
受給者番号		
指定養育医療機関の名称		
徴収金決定額		
減免の理由		