

砥部町未熟児養育事業実施要綱

平成 25 年 5 月 13 日

砥部町告示第 63 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、未熟児が正常な新生児に比べて生理的に未熟であり、疾病にもかかりやすく、その死亡率は極めて高率であるばかりでなく心身の障害を残すこともあることから、生後速やかに適切な措置を講ずることを目的とし、医療を必要とする未熟児に対しては養育に必要な医療の給付を行うとともに、必要に応じて未熟児の保護者に対する訪問指導を行うことについて必要な事項を定めるものとする。

(低体重児の届出)

第 2 条 未熟児の養育対策の万全を期するため、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号。以下「法」という。）第 18 条の規定による低体重児の早期届出の徹底を図る必要があるため、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、母親（両親）学級等の機会をとらえて、速やかに届出が行われるよう指導するほか、日本医師会、日本助産師会、日本看護協会等との連絡調整を密にし、これらの団体の積極的な指導協力を得て、未熟児の早期把握に万全を期すものとする。なお、低体重児の届出は、保護者が町長に対し、出生報告書（様式第 1 号）により届け出るものとする。ただし、これにより難しいときは、電話等の簡便な方法によることができるものとする。

(対象)

第 3 条 養育医療の対象は、保護者が町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、医師が入院養育を必要と認めたものとする。なお、同条同項中「諸機能を得るに至るまでのもの」とは、次のいずれかの症状等を有している場合をいう。

- (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

(ア) 運動不安、けいれんがあるもの

(イ) 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

(ア) 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

(イ) 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

(ウ) 出血傾向の強いもの

エ 消化器系

(ア) 生後 24 時間以上排便のないもの

(イ) 生後 48 時間以上嘔吐が持続しているもの

(ウ) 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

(指定養育医療機関)

第4条 未熟児の養育医療を担当する医療機関は、厚生労働大臣、都道府県知事、政令指定都市及び中核市の市長が法第20条第5項の規定により指定する医療機関（以下「指定養育医療機関」という。）とする。

(給付の申請)

第5条 養育医療の給付の申請は、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9条の規定によるものとし、その要領については次によるものとする。

- (1) 申請者は、未熟児の保護者（法第6条第4項）であること。
- (2) 申請書は、養育医療給付申請書（様式第2号）による。
- (3) 申請書には、医師の記載した養育医療意見書（様式第3号）、世帯調書（様式第4号）その他必要とする関係書類を必ず添付すること。

(給付の決定)

第6条 町長は、申請書を受理したときは、速やかに養育医療を給付するか否かを決定するものとする。

2 養育医療の給付を行うことを決定したときは、省令第9条第2項による養育医療券（様式第5号。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。

また、養育医療の給付を行わないことを決定したときは、速やかにその理由を明らかにして、医療給付不承認通知書（様式第6号）により申請者に通知するものとする。

- 3 医療券の交付に際しては、申請者に対し、その取扱いについて十分指導するとともに、費用の負担等についてあらかじめ周知するものとする。
- 4 医療は、医療券を指定養育医療機関に提出して給付を受けることとし、やむを得ない理由により、医療券を提出できない場合には、医療を行い、その理由がなくなった後、速やかに医療券を提出させるものとする。

(医療券の取扱い)

第7条 医療券の有効期間の記載に当たっては、その始期は、当該指定養育医療機関による当該医療開始の日にさかのぼるものとし、その終期は、当該医療の終了の日であるので、診療の終了予定期間に若干の余裕を考慮して記入することとする。ただし、有効期間は、満1歳の誕生日の前日を限度とする。

2 指定養育医療機関は、当該医療を医療券の有効期間を過ぎて継続する必要がある場合には、事前に養育医療継続（変更）協議書（様式第7号）及び養育医療の継続（変更）に関する診断書（様式第8号）により町長に協議することとする。

この場合において、町長は、医療の継続が適当であると認めたときは、養育医療継続（変更）承認書（様式第9号）により指定養育医療機関及び未熟児の保護者にその旨を通知するものとする。なお、指定養育医療機関は、この養育医療継続承認書を医療券に添付するものとする。

- 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、新たに給付の申請をさせなければならない。この場合において申請書には、意見書及び転院を必要とする理由を記載した医師の証明書を添付することとし、世帯調書等は省略できるものとする。
- 4 町長は、養育医療の給付の状況を明確にするため、養育医療券給付台帳を備え付け、その状況を明らかにしておくものとする。また、医療券を交付したときは、その都度これに記載し整理するものとする。
- 5 医療券を紛失し、又は棄損した場合において、保護者から医療券再交付申請書（様式第10号）による再交付の申請があったときは、町長は医療券を再交付するものとする。この場合に交付した医療券には、再交付と記入するものとする。

（医療の給付）

第8条 医療の給付は、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変えて、その費用を支給するものとする。

- 2 給付の範囲は、法第20条第3項によるものとし、これらのうち移送の給付の取扱いについては、次のとおりとする。
 - (1) 移送は、医師が特に必要と認めた場合に承認するものとし、その額は必要とする最小限の実費とするものとする。なお、移送に際し、付添いの必要があると認められる場合は、付添人の移送費についても支給するものとする。
 - (2) 移送費等の支給申請は、その事実についての指定養育医療機関の医師の証明書及び当該費用の額に関する証拠書類を添えて、給付の申請者から町長に対して行うものとする。

（養育医療費の審査及び支払い）

第9条 指定養育医療機関に対する診療報酬の審査及び支払いに関する事務は、社会保険診療報酬支払基金及び愛媛県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

（徴収額の決定）

第10条 町長は、法第21条の4第1項の規定による、扶養義務者から徴収する額は、砥部町養育医療の給付に要する費用の徴収に関する規則（平成25年砥部町規則第22号）第3条に定めるところにより決定するものとする。

（医療保険各法との関連事項）

第11条 医療保険各法と本給付との関係は、その本人が医療保険各法の被扶養者である場合は、医療保険各法による医療の給付が優先するものとし、養育医療の給付は、いわゆる自己負担分を対象とするものとする。

(未熟児訪問指導)

第 12 条 未熟児訪問指導（以下「訪問指導」という。）については、「未熟児養育事業の実施について」（昭和 62 年 7 月 31 日児発第 668 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）第 2 の 3 によるものとする。

- 2 法第 19 条の規定による訪問指導の実施に当たっては、医療機関等を通じて未熟児の症状等の把握に努めるものとし、指導内容は、当該医療機関の医師等の意見を聴くほか、「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」（平成 8 年 11 月 20 日児発第 934 号厚生省児童家庭局長通知）の別添「母性、乳幼児の健康診査及び保健指導に関する実施要領」のⅡの第 2 の 3 及び第 3 の 3 を参考とし、特に、合併症や後遺症、成長発育状況等に応じて適切な指導を行うものとする。
- 3 訪問指導を徹底するため、常に低体重児の届出状況等を把握するとともに、医療機関等との連携を密にし、対象の把握に努めるものとする。なお、医療機関との連携を確保するため、未熟児の出生内容等に関しての医療機関から町に対する保健指導連絡票（様式第 11 号）を、あらかじめ関係医療機関に配布するものとし、当該連絡票の取扱いについては、保護者の承諾を得るものとする。
- 4 訪問指導の対象者は、未熟児が通常養育上の必要性から訪問指導を必要とするため、出生したすべての未熟児を対象として訪問指導を行うことが望ましいことから、特に、未熟児養育医療の対象となった児を重点対象とするものとする。
- 5 訪問指導を行ったときは、母子健康手帳及び関係書類に必要な事項を記入して、事後指導の徹底を図るものとする。
- 6 町長は、必要に応じて保健所と連携し事業を実施するものとする。

(その他)

第 13 条 未熟児養育事業の円滑な実施を図るため、本事業に直接関係する医療機関はもとより、医療保健関係者等に対し、本事業の趣旨の周知徹底を図るとともに、妊婦等に対し、本事業の趣旨の徹底を図り、保健衛生教育等の場を通じて、未熟児養育上の正しい知識とその方法の普及を図るものとする。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成 25 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 27 年 12 月 28 日告示第 164 号）

この告示は、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。

(経過措置)

この告示の施行の際、この告示による改正前の砥部町未熟児養育事業実施要綱の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和 2 年 4 月 14 日告示第 101 号）

この告示は、公表の日から施行する。

(様式第 1 号)

提出日	/	予防接種手帳No.	乳健受診票No.
-----	---	-----------	----------

出生報告書

子育て支援課（子育て支援センター係）及び保険健康課（保健センター）では、これから赤ちゃんが成長していく過程のなかで、家庭訪問・乳幼児健診・相談等の機会を通じて子育ての応援をさせていただきたいと思っています。

つきましては、お生まれになった赤ちゃんの情報を下のとおりご提供ください。ご協力をよろしくお願いします。

※ 出生時の体重が 2,500 g 未満の場合は忘れずにご報告ください。

砥部町長 様

【保護者住所】 砥部町

【保護者氏名】

【連絡先】 (自宅 / 携帯: 父・母)

赤ちゃんの お名前	(ふりがな)	
	(男・女)	
生年月日	年 月 日 (人目のお子さん)	
妊娠週数	第 週 日	
出生時の状況	体重 g	身長 cm
	胸囲 cm	頭囲 cm
里帰り	する ・ しない	
※すると答えた方	どこへ () いつまで ()	

砥部町役場 子育て支援課 (子育て支援センター係) TEL: 907-5665
保険健康課 (保健センター) TEL: 962-6888

※この用紙は、別紙「予防接種券交付申請書」と一緒に子育て支援課に提出してください。

※この情報は、子育て支援課・保険健康課で保管し、外部に漏れることはありません

(様式第2号)

養育医療給付申請書										
ふりがな 本人氏名		負担者 番号	2	3	3	8	6	1	6	2
個人番号		受給者番号								
ふりがな 扶養義務者氏名		電話 番号	自宅	()						
個人番号		番号	職場	()						
扶養義務者 住所										
被保険者証の 記号及び番号		保 険 者 名								
希望する指定 養育医療機関 の 名 称										
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。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 ㊟ 砥部町長 様										
申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日							
自己負担金 徴収基準月額	円	決 定 給 付 期 間	年 月 日から 年 月 日まで							

- 注1 備考欄には、他の医療費公費負担制度を受給している場合に、その内容を記入すること。
- 2 世帯調書の裏面の注意事項に記載している書類を添付のこと。
- 3 申請者の氏名㊟欄は、自署又は記名押印のこと。

(様式第3号)

養育医療意見書					
氏名				生年月日 年 月 日	
出生時の体重		グラム		性別 男 ・ 女	
在胎週数		週 日		出生場所	
症 状 注：該当する項目全てにレ印を付けてください					
1．一般状態		☐ 重症仮死 ☐ 神経学的異常		☐ 運動に問題がある ☐ 痙攣がある ☐ 運動が異常に少ない	
2．体 温		☐ 低体温		☐ 摂氏３４度以下	
3．呼 吸 器 循 環 器		☐ 呼吸不全 ☐ 循環不全 ☐ 頭蓋内出血		☐ 強度のチアノーゼ持続 ☐ チアノーゼ発作を繰り返す ☐ 呼吸数が毎分５０以上で増加傾向 ☐ 呼吸数が毎分３０以下 ☐ 出血傾向が強い	
4．消 化 器		☐ 消化管出血		☐ 生後２４時間以上排便がない ☐ 生後４８時間以上嘔吐が持続 ☐ 血性吐物・血性便がある	
5．黄 疸		☐ 重症黄疸		☐ 生後数時間以内に発現 ☐ 異常に強い黄疸あり	
その他合併症等		☐ 染色体異常 ☐ その他 ☐ 奇形症候群 （ ☐ 先天性心疾患 ）			
症状の経過					
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（			
備 考					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関 名 称 所 在 地 電話番号 医師氏名 印					

(様式第 4 号)

世 帯 調 書								
申請者氏名 (個人番号)		()			本人氏名 (個人番号)	()		
本人の 属する 世帯の 構成員	世帯構成員氏名 (個人番号)	続 柄	性 別	生年月日	職 業 (勤務先)	階層区分	市町村 民税額	備 考
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
	()							
世帯外扶養義務者	氏名 (個人 番号)	()						
	住所							
	氏名 (個人 番号)	()						
	住所							

《記載要領》

- 1 「本人の属する世帯」とは、本人及びこれと生計を同じくする者により構成される世帯をいいます。「本人の属する世帯の構成員」の欄は、本人を含めて、全世帯構成員を記載してください。
- 2 「扶養義務者」とは、民法第 877 条に規定する直系血族及び兄弟姉妹並びに家庭裁判所により扶養の義務を負わされた 3 親等内の親族をいいます。「世帯外扶養義務者」の欄は、世帯構成員以外で現に本人を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。
- 3 「階層区分」、「市町村民税額」及び「備考」の欄は、記載する必要はありません。

(様式第 5 号)

養 育 医 療 券			
(病院・診療所用)			
負 担 者 番 号		2 3 3 8 6 1 6 2	受 給 者 番 号
交 付 年 月 日			
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			
保 険 者 名			
本 人	氏 名		
	生年月日		
申 請 者	氏 名		
	生年月日		
	続 柄		職 業
	住 所		
指 定 養 育 医 療 機 関			
診 療 予 定 期 間			
こ の 券 の 有 効 期 間			
上記のとおり決定する。			
砥部町長			
印			

(様式第 6 号)

第 号
年 月 日

(申 請 者) 様

砥部町長



医 療 給 付 不 承 認 通 知 書

年 月 日付けで、 申請のあった に対する
母子保健法第 20 条第 1 項の規定による養育医療の給付については、次の理由により給付
を行わないことに決定したので通知します。

申 請 者	住 所	
	氏 名	
扶養義務者	住 所	
	氏 名	
本 人	氏 名	(生年月日 年 月 日)
希望する指定養育 医療機関の名称		
給付を行わない こととした理由		
備 考		1 この決定に不服があるときは、この決定のあったことを知った 日の翌日から起算して 60 日以内に砥部町長に対し、異議申立て をすることができます。 2 この決定の取消しの訴えは、この決定のあったことを知った日 の翌日から起算して 6 箇月以内に砥部町を被告として（砥部町長 が被告の代表者となります。）提起することができます。ただし、 1 の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定の 送達を受けた日の翌日から起算して 6 箇月以内に決定の取消し の訴えを提起することができます。

(様式第7号)

養育医療給付継続（変更）協議書			
ふりがな 本人氏名		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			
受給者番号 (医療券番号)		有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日
継続（変更） の必要期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり養育医療の給付の継続（変更）の必要があるので、別紙関係書類を添えて協議します。 年 月 日 名 称 指定養育医療機関 所在地 電話番号 担当医師名 ⑩ 砥部町長 様			
協議受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
自己負担金 徴収基準月額	円	決 定 給付期間	年 月 日から 年 月 日まで

(様式第 8 号)

養育医療の継続（変更）に関する診断書				
本人氏名		生年月日	年 月 日	
本人住所				
当初の主要 症状の概要		体 重	出生時	g
			現 在	g
これまでの症状 の経過及び現症				
医療の継続 （変更）を必要 とする理由等				
継続（変更）の 結果による回復 状況の見込み				
そ の 他				
継続（変更） に要する 医療費等 概算額	入院治療費	円	移送費見込 額（B）	円
	看 護 料	円		医療費等概 算額合計額 （A＋B）
	医療費概算額 計（A）	円		
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。 年 月 日 名 称 指定養育医療機関 所在地 電 話 番 号 担当医師名 ⑩				

注 不要の文字は、抹消すること。

(様式第9号)

医療継続（変更）承認書				
(養育医療)				
負担者番号	2 3 3 8 6 1 6 2	受給者番号		
交付年月日				
被保険者証の 記号番号				
保険者名				
本人	氏名			
	生年月日			
申請者	氏名			
	生年月日			
	続柄		職業	
	住所			
指定養育 医療機関				
診療予定期間				
この券の 有効期間				
上記のとおり医療の継続（変更）を承認する。				
砥部町長				
印				

(注) この承認書は、養育医療券に添付すること。

(様式第 10 号)

医 療 券 再 交 付 申 請 書						
ふ り が な 本 人 氏 名		歳	男・女	生年月日	年 月 日	
扶 養 義 務 者 氏 名			本人との 続柄		職業	
扶 養 義 務 者 住 所			電 話 番 号	自宅	()	
				職場	()	
受給者番号 (医療券番号)			有 効 期 間	自 至	年 月 日 年 月 日	
医療券を紛失又 は棄損した時期	年 月 日					
医療券を紛失又 は棄損した理由						
備 考						
上記のとおり医療券を紛失・棄損したので再交付を申請します。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 ⑩ 砥部町長 様						
申請受付年月日	年 月 日		再交付決定年月日		年 月 日	

注 紛失・棄損のうち不要の文字は抹消すること。

保健指導連絡票 (未熟児・医療的ケアの必要な児・その他の児)

記載年月日	年 月 日
医療機関名	
主治医	
主担当看護師	
連絡先 (内線)	()

(A) 注) ※1、2については、「医療的ケアの必要な児」のみについて記入すること。

保健指導連絡を必要と判断した理由		未熟児・医療的ケアの必要な児・その他の児 (具体的に:)							
児氏名 ふりがな	(男・女)	生年月日	年 月 日	出生順位	第 子				
父氏名 ふりがな	(歳)		職業						
母氏名 ふりがな	(歳)		職業						
住 所	TEL () *該当に○ 携帯 () 父・母・その他 ()								
里帰り先	住所: (様方) TEL () 予定期間:								
家族構成			育児 支援者の 有無	有 () 無					
妊娠・出産 経過	妊娠中の異常の有無: 無・有 () 出産時の異常の有無: 無・有 ()								
出生状況	在胎週数: 週 日 出生体重: g (Apgar /) 身長: cm 頭囲: cm 胸囲: cm 出生時の診断名: 合併症: 無・有 ()								
入院中の 経過	【今後継続する問題と関連する内容について記載のこと】								
退院時の児の 状況	退院年月日: H 年 月 日 (生後 ヶ月 日) 退院時体重: g 内服薬: 哺乳力: 良 ・ 不良 栄養方法: 母乳・混合・ミルク 排泄状況: <table><tr><td>母 乳</td><td>回/日</td></tr><tr><td>ミルク</td><td>cc × 回/日</td></tr></table>					母 乳	回/日	ミルク	cc × 回/日
母 乳	回/日								
ミルク	cc × 回/日								
医療的ケアの 内容 ※1	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素吸入 ☐ 気管切開 ☐ 経管栄養 ☐ 吸引								
緊急受入病院 ※2	第1 医療機関名: 病院 科 主治医名 () 第2 医療機関名: 病院 科 主治医名 () 緊急入院希望先: 病院 科 主治医名 ()								
【児に対する家族の受けとめ方・受け入れ状況】									
【退院に向けての指導内容】			【今後継続する問題】						
【その他】 次回受診日 (/) 診療科名 () 担当医師名 ()									
保健師による訪問の同意 ☐ 有 ☐ 無 (理由)									

連絡票受理日	年 月 日	訪問年月日	年 月 日
担 当 者	所 属		
	氏 名		
	連絡先	TEL ()	

(B)

児氏名	(ベビー) (年 月 日生) 生後 ヶ月 日		
訪問時の計測値		ヶ月健診の状況 (月 日受診)	
		受診場所：	
体重 g	身長 c m	体重 g	身長 c m
胸囲 c m	頭囲 c m	胸囲 c m	頭囲 c m
		特記事項：	
児の一般状態 【栄養】 母乳 回/日 h 毎 ミルク c c × 回 【排泄】 便 回/日 *家庭環境・家族の状況* *問題点と助言内容* *今後の方針・フォロー予定* *医療機関への連絡事項 等* *その他*			

(注) 医療機関はAを記入後、各市町に送付し、各市町担当者は、訪問指導後Bに記入し、写しを医療機関担当者へ返送して下さい。