

# 養育医療を申請される方へ

<R8.4>

## 1. 給付の対象

養育医療は、医療保険適用後の医療費と食事代の費用負担を軽減する制度です。  
申請前や養育医療券が届く前に支払ってしまった場合は、後から養育医療を適用して払い戻すことはできませんのでご注意ください。

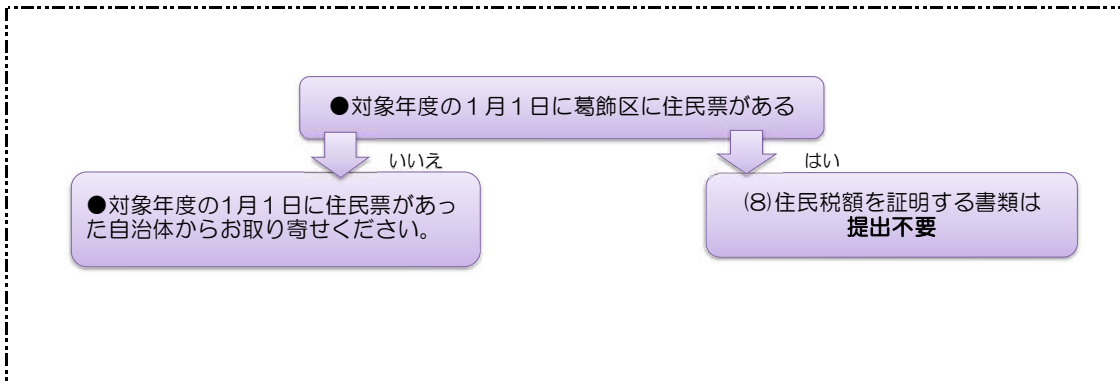
養育医療の指定医療機関に入院している（１）または（２）に該当する葛飾区内に住民票がある新生児

- （１） 出生時の体重が2,000g以下
- （２） 出生時の体重が2,001g以上で、意見書の「症状の概要」1～5のいずれかに該当

## 2. 申請に必要なもの

(1) 養育医療給付申請書	保護者が記入してください。
(2) 養育医療意見書	主治医に記入していただく書類です。 診断年月日から3カ月以内有効です。
(3) 世帯調書（裏面同意書）	保護者が記入してください。マイナンバーも忘れずに記入してください。 ※裏面の同意書に記入が必要な場合があります。下記フローチャートをご確認ください。
(4) 委任状	自己負担額のうち、マル乳（子ども医療費助成制度）の請求等に関する委任状です。 必ず署名または記名押印をしてください ※記名押印の場合は、スタンプ印不可
(5) 医療保険の資格を確認できる書類の写し	対象のお子様の加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し、もしくはマイナーポータルからダウンロードした「資格情報確認画面（別紙あり）」を印刷したものををご用意ください。
(6) 個人番号確認書類	個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票など ※世帯全員分が必要です。
(7) 身分証明書	窓口で申請手続きされる方の証明（次の①または②） ① 公的機関が発行した顔写真入りのものであれば1点 例：個人番号カード、運転免許証、パスポート、在留カードなど ② ①以外のものであれば2点 例：年金手帳、官公署又は公的機関が送付・発行した氏名や生年月日又は住所が記載されている書類など
(8) 住民税額を証明する書類 ※省略できる場合があります。下記フローチャートをご確認ください。	次の住民税額（区市町村民税所得割額）を証明する書類をご用意ください。 世帯全員分の住民税額を証明する書類が必要です。 ○課税、非課税の方 → 住民税（非）課税証明書または住民税額決定通知書 ○生活保護を受けている方 → 生活保護受給証明書

### 〔フローチャート〕



※課税状況が照会できない場合は、母子保健係より（非）課税証明書の提出依頼がある場合があります。

ご不明な点などございましたら窓口にお越しになる前に母子保健係（03-3602-1387）へお問い合わせください。

●対象年度とは？⇒治療開始日（生年月日）によって住民税額を証明する書類の年度が異なります。

治療開始日（生年月日）	住民税額を証明する書類の対象年度
令和8年6月以前	令和7年度
令和8年7月以降	令和8年度

- \* 申請受付後に保健師がお子様のご様子などをお伺いするため、10分程度面接をさせていただきます。
- \* 保護者以外の方が提出する場合は、「代理人が申請する場合の委任状」が必要になりますので、事前にご連絡ください。

#### ◎給付の方法

養育医療が認定された場合は、申請から約1か月程度で養育医療券がご自宅に届きます。

養育医療券を病院での支払いの際に提示することで給付が受けられます。

**申請前や養育医療券が届く前に支払ってしまった場合は、後から養育医療を適用して払い戻すことはできませんのでご注意ください。**

その場合はマル乳（子ども医療費助成制度）の対象となりますが、**食事代は全額自己負担**となります。

#### ◎養育医療を利用した際の費用負担について

養育医療は、医療保険適用後の医療費と食事代の費用負担を軽減する制度です。

ご利用の状況や所得に応じて、自己負担金が発生する場合があります。自己負担金が発生した方には、

診療月から概ね2～4ヶ月後に子ども総合センター 母子保健係より納付書を送付しますので、金融機関でお支払いください。

自己負担金が発生しなかった方には、特段のご連絡はありません。

また、所得に応じて徴収負担月額が設定されるので、ひと月の自己負担金が徴収負担月額を超えることはありません。

#### ◎養育医療券の内容に変更があった場合の手続きについて

養育医療券の内容に変更があった場合には以下の手続きが必要ですので、お問い合わせの上、子ども総合センター 母子保健係または保健センターへ申請してください。

変更内容	必要書類
保険の変更	変更届・変更後の医療保険の資格を確認できる書類の写し・養育医療券
区内での住所変更	変更届・養育医療券
医療券の紛失	医療券再交付申請書
医療券の有効期間を超えて治療を継続	養育医療給付申請書・養育医療意見書・世帯調書 ・住民税額を証明する書類※
指定医療機関の変更（転院）	養育医療給付申請書・養育医療意見書・追加意見書 ・住民税額を証明する書類※

※住民税額を証明する書類は不要な場合があります。詳しくはお問い合わせください。

#### ◎区外に転出した場合の手続きについて

区外へ転出した場合、転出先の保健所で再度の新規申請が必要です。

詳しくは転出先の保健所等にお問い合わせください。

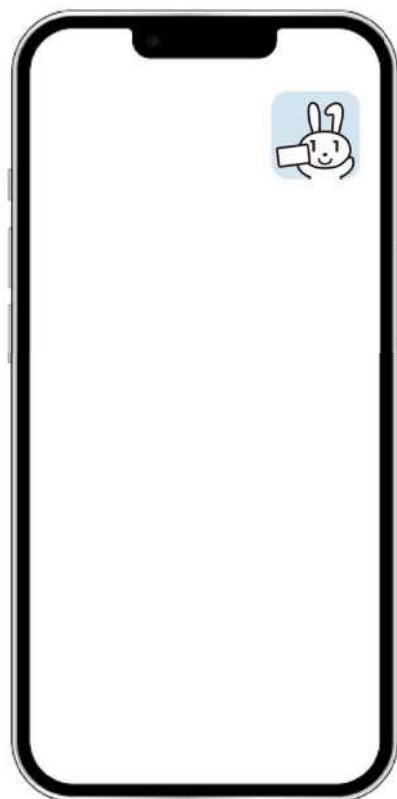
#### 【申請窓口】

- 子ども総合センター（青戸）
- 各保健センター（金町・水元・新小岩）
- 堀切または高砂区民事務所

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14  
健康プラザかつしか内  
子ども総合センター 母子保健係  
03(3602)1387

## マイナポータルの特保者資格情報画面の表示方法

① お持ちのスマートフォン等で「マイナポータル」を起動します。



② ログインします。



③ 数字4桁の暗証番号を入力します。



④ マイナンバーカードの読み取りを行います。

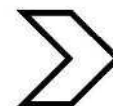


## マイナポータルでの被保険者資格情報画面の表示方法

- ⑤ 「証明書」で「健康保険証」を選択します。



- ⑥ 被保険者資格情報画面が表示されます。



この画面を印刷してください

<div style="float: left; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e0e0e0; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">記入例</div> <div style="float: right; text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">養育医療給付申請書</h2> </div>				
かつしか はなこ <h1 style="margin: 0;">葛飾 花子</h1>				男・女 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>
人	生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 葛飾区〇〇 〇丁目 〇番地 〇号 〇〇マンション〇〇号		
		申請者様はお父様でもお母様でもどちらでも結構です。		
申請者	ふりがな氏名	かつしか たろう <h2 style="margin: 0;">葛飾 太郎</h2>	〇〇との続柄	父
	生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇
	住所	同上		
		本人と住所が同じなら、同上で大丈夫です。		
被保険者証等の記号及び番号	記号	番号	保険者番号	〇〇〇〇
	〇〇	〇〇	保険者名	〇〇〇〇
<p>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>※申請にあたり、青戸保健センター所長が私及び世帯構成員の住民基本台帳及び課税台帳を閲覧すること並びに養育医療給付申請書及び養育医療意見書をお子様の健診を担当する葛飾区の各保健センターに情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名                      葛飾 太郎</p> <p style="text-align: center;">葛飾区長 殿</p>				
			主管課	
受付印			受付印	

(注) 1 養育医療意見書 2世帯調書 及び 3 所得税証明書等を添付すること。

# 養育医療意見書

氏名					
居住地					
症状の概要	1 一般状況	(1) (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	令和      年      月      日 から 令和      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      人工換気療法      酸素吸入      鼻腔栄養      注射その他の医療				
症状の経過					
<p><b>上記のとおり診断する。</b></p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="margin-left: 200px;">医療機関名</p> <p style="margin-left: 200px;">担当医師名</p>					

指定医療機関の主治医が記入します。



葛飾区長あて

対象となる課税年度  
をご記入ください。

### 同意書

下記の者は、葛飾区長が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って平成・令和 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の とを申し添えます。

該当の方のみ、ご記入ください。  
同意者ご本人がご署名ください。

同意者	フリガナ	カツシカ モモコ	申請者との続柄	母
	氏名	葛飾 桃子		
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※	〇〇県〇〇 〇丁目 〇番地 〇号 〇〇マンション〇〇号 〇室	課税状況	<input checked="" type="radio"/> 有・無
同意者	フリガナ		申請者との続柄	
	住所		<input type="checkbox"/>	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
同意者	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
同意者	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
同意者	生年月日	昭・平 年 月 日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
	1月1日の住民票上の住所※		課税状況	有・無
	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			

下記にある※時点の住所をご記入ください。

同意者の住所が、申請書に記入された申請者の住所と同じ場合は、 にチェックを入れてください。住所の記入は省略できます。

課税状況に○をつけてください。

#### 同意書の記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

※1月1日の住民票上の住所欄には下記時点での住所をご記入ください。

治療開始日が1月～6月の方は前年の1月1日  
7月～12月の方は現年の1月1日

# 記入例

# 委任状

この委任状は、区が徴収する保護者負担額のうち、マル乳(子ども医療費助成制度)の対象となる費用の請求等についての委任状です。

私は、青戸保健センター所長を代理人と定め、母子保健法第21条の4第1項及び葛飾区母子保健法施行細則第6条の規定により私から葛飾区長が徴収する養育医療の給付に要する費用の一部について、葛飾区子どもの医療費の助成に関する条例第7条第2項及び葛飾区子どもの医療費の助成に関する条例施行規則第7条第1項第2号の規定により私が葛飾区から医療費の助成を受けることができる場合に、当該助成について申請、請求及び受領する権限を委任します。

書き間違いのないようにお願いします。

令和 年 月 日

委任者住所 葛飾区

丁目 番 号

【署名の場合】

・押印は不要です。

【記名押印の場合】

・スタンプ印は不可です。押印漏れのないようにお願いします。

氏名

印

(署名または記名押印)