大木町告示第106号

大木町未熟児養育医療給付実施要綱の一部を改正し、公布の日から施行する。

令和８年10月30日

大木町長　　広　松　栄　治

大木町未熟児養育医療給付実施要綱の一部を改正する告示

大木町未熟児養育医療給付実施要綱（平成25年大木町告示第34号）の一部を次のように改正する。

第３条第１項中「昭和40年厚生省令第55号」の次に「。以下「省令」という。」を加える。

第10条を第11条とし、第９条を第10条とし、第８条を第９条とし、第７条の次に次の１条を加える。

（医療券の再交付）

第８条　省令第９条第４項に規定にする医療券の再交付の申請をしようとする者は、養育医療給付医療券再交付申請書（様式第８号）を町長に提出しなければならない。

別表中「第８条関係」を「第９条関係」に改める。

様式第１号及び様式第４号を次のように改める。

様式第１号（第３条関係）

# 養 育 医 療 給 付 申 請 書

| 公費負担者番号 | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 本人 | ふりがな 氏名 | 男・女　　年　月　日生 | |
| | 個人番号 | | |
| | 住所地（住民票所在地） | 大木町 | |
| | 現在地 | | |
| 扶義務養者 | ふりがな 氏名 | | 本人との続柄 |
| | 個人番号 | | |
| | 居住地 | 電話番号 | |
| 保険者等の名称 | | 健保　国保　共済　生保 | |
| 医療保険各法の記号及び番号 | | 記号 | 番号 |
| 指定養育医療機関 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |
| 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。

なお、大木町こども医療費を受給の場合、未熟児養育医療給付における自己負担金の額の範囲内で、こども医療費支給制度に基づく医療費の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として町に納付することを大木町長に委任します。

また、自己負担額の認定にあたり、私の属する世帯の町民税等の課税状況について、関係機関に照会・調査することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住　　所

氏　　名

生年月日

本人との続柄

大木町長　　様

※「現在地」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」は、現在居住している住所を記入してください。帰省等しているときは帰省先等を記入してください。

様式第４号（第４条関係）

# 養 育 医 療 給 付 医 療 券

| 公費負担者番号 | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 本人 | ふりがな 氏名 | 男・女 | 年 月 日生 | |
| | 住所地（住民票所在地） | 大木町 | | |
| | 現在地 | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな 氏名 | | 本人との続柄 | |
| | 居住地 | 電話番号 | | |
| 保険者等の名称 | | 健保 国保 共済 生保 | | |
| 医療保険各法の記号及び番号 | | 記号 | 番号 | |
| 指定養育医療機関の名称 | | | | |
| 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 |

上記のとおり決定します。

年 月 日

大木町長

注１　自己負担額については、医療機関では徴収しないでください。

注２　指定養育医療機関を追加されるとき又は診療がこの医療券の有効期間内に終了しないときは、内容変更・継続の手続をしてください。

注３　やむを得ない理由により指定養育医療機関を転院される場合には、養育医療意見書を添付し新たに申請を行ってください。

様式第７号の次に次の１様式を加える。

様式第８号(第８条関係)

# 養育医療給付医療券再交付申請書

大木町長　　様

年　　月　　日

申請者（保護者）
住　所

氏　名

（電話番号：　　）

下記のとおり、養育医療給付医療券の再交付を申請します。

記

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 医療券の有効期間 | 年　月　日から<br>年　月　日まで | | | | | | |
| 未熟児氏名<br>生年月日 | 年　月　日 | | | | | | |
| 再交付を必要とする理由 | １　紛失のため<br>２　破損、汚損のため<br>３　その他<br>（理由：　　） | | | | | | |