

# 養育医療給付申請について

## 1 養育医療給付について

養育医療給付は、お子さまが未熟児でお生まれになった時に、指定養育医療機関の医師が入院治療の必要を認めた時の医療費を市が負担し、申請者の所得に応じた金額を一部自己負担していただくものです。

【8割】	【2割】
保険負担	市負担 自己負担



## 2 申請に必要なもの

- (1) 養育医療給付申請書（市の様式があります）
- (2) 養育医療意見書・・・（市の様式があります）－指定医療機関の医師が記入したもの
- (3) 世帯調書・・・・・・（市の様式があります）
- (4) 所得税額が証明できるもの（扶養義務者全員分）

※ 扶養義務者とは、赤ちゃんから見て、父母・義父母、兄弟姉妹、同居している祖父母、その他家庭裁判所等で扶養の義務を負わされた叔父叔母等です。

※ 各種証明書の控除対象配偶者、扶養親族に該当する方については、提出していただく必要はありません。

○ 所得税額が証明できる次のA・B・C・Dのうち、該当するものをお持ちください。

<b>給与所得者</b> 会社員、公務員等（ <u>確定申告した方を除く</u> ）	<b>A 前年度分の源泉徴収票</b> （会社等から1月～2月ごろ発行されます）	※ ただし、源泉徴収票及び確定申告書の <u>所得税額が0円の場合、Cの課税（住民税決定）証明書又は非課税証明書</u> も必要です。
<b>確定申告をした方</b> 自営業、農業等、不動産所得のあった方等	<b>B 確定申告書の写し</b> （税務署又は市役所に提出していただいたものの控え）	
<b>上記以外の方</b> 上記の証明書がない方、無職の方等	<b>C 課税（住民税決定）証明書</b> （市役所の納税課、総合支所市民福祉課で発行したもの。） ※ 上記証明書の発行が受けられない方は「非課税証明書」	
<b>生活保護を受けている方</b>	<b>D 生活保護受給証明書</b>	

※前年の1月1日以前から大崎市にお住まいの方は上記証明を省略することができます。

- (5) 対象児の保険証（手続き中の場合は扶養する保護者のもの）
- (6) 母子健康手帳
- (7) 印鑑
- (8) 個人番号カード または 通知カード（扶養義務者全員分）  
（メモ等でも可）
- (9) その他

- ・子ども医療費の還付、退院後の未熟児訪問指導に関係した書類を別途提出していただく場合があります。
- ・転院、医療の継続、住所や医療保険の変更があった場合はその都度再申請が必要です。



裏面に続きます。⇒

### 3 申請者負担額（徴収基準月額）について

- ・ 申請者負担額は、扶養義務者と生計をひとつにする家族の所得税額の合計で決定します。
- ・ 医療券の有効期間中に7月1日を迎えたときは、階層判定を前々年の所得税額から前年の所得税額の合計に変更するため、7月診療分から申請者負担額に増減の生ずることがあります。

○ 1か月あたりの申請者負担額（徴収基準金額）

階層	区 分			徴収基準月額
A階層	生活保護世帯 中国残留邦人等の支援に関する法律による支援給付受給世帯			0円
B階層	市県民税非課税世帯（A階層を除く）			2,600円
C階層	所得税非課税世帯であって、市県民税は課税されている世帯 （A階層及びD階層を除く）	均等割の額のみ （所得割の額がない世帯）	C 1	5,400円
		所得割の額がある世帯	C 2	7,900円
D階層	所得税課税世帯 （A階層及びB階層を除く）	所得税の額		
		15,000円以下	D 1	10,800円
		15,001円～ 40,000円	D 2	16,200円
		40,001円～ 70,000円	D 3	22,400円
		70,001円～ 183,000円	D 4	34,800円
		183,001円～ 403,000円	D 5	49,400円
		403,001円～ 703,000円	D 6	65,000円
		703,001円～ 1,078,000円	D 7	82,400円
		1,078,001円～ 1,632,000円	D 8	102,000円
		1,632,001円～ 2,303,000円	D 9	123,400円
		2,303,001円～ 3,117,000円	D10	147,000円
		3,117,001円～ 4,173,000円	D11	172,500円
		4,173,001円～ 5,334,000円	D12	199,900円
		5,334,001円～ 6,674,000円	D13	229,400円
6,674,001円以上	D14	全 額		

※ 徴収基準月額は入院1か月当たりの金額です。入院期間が1か月未満の場合は日割り計算になります。

$$\text{徴収基準月額} \times \frac{\text{その月の入院期間}}{\text{その月の実日数}}$$

### 4 その他

- ・ 申請から2週間程度で給付決定の可否について、申請者あて通知します。
- ・ 給付決定時は養育医療券を同封しますので速やかに該当医療機関へ提示願います。
- ・ 養育医療の有効期間は医師が必要と認める期間又は1歳の誕生日の前々日までとなります。
- ・ 退院により不要又は有効期間の過ぎた医療券は市へ返還してください。
- ・ 申請者負担分については、翌月10日ころ御自宅に納入通知書をお送りしますので、月末までに最寄りの金融機関の窓口でお支払いください。
- ・ 市の乳幼児医療費助成を受給されている方は、申請者負担額について還付を受けることができます。



養育医療についてのお問い合わせ先：大崎市民生部子育て支援課 子ども給付係  
〒989-6188 宮城県大崎市古川七日町1-1（大崎市役所西庁舎2階）  
電話0229-23-6045 FAX 0229-24-2112