

香芝市養育医療の給付に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 1 2 月 1 1 日

香芝市長 三 橋 和 史

香芝市規則第 5 9 号

香芝市養育医療の給付に関する規則の一部を改正する規則

第 1 条 香芝市養育医療の給付に関する規則（平成 2 5 年規則第 1 8 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条中「及び当該指定養育医療機関に交付するものとする」を「に交付し、かつ、当該指定養育医療機関にその旨を通知するものとする」に改める。

第 7 条第 2 項中「あるときは、これを切り捨てた額とする」を「生じたときは、これを切り捨てるものとする」に改める。

第 8 条を削り、第 9 条を第 8 条とする。

別表備考 1 中「なお」を「ただし」に改め、同表備考 5 中「次」を「、次」に改め、同表備考 5（2）中「日割り計算した額」を「日割計算した額」に改め、同表備考 6 中「すべて」を「全て」に改め、同表備考 1 0 中「地方税法第 2 9 2 条第 1 項第 1 3 号」を「同項第 1 3 号」に、「また」を「ただし」に改め、同表備考 1 0（1）中「所得税法」の次に「（昭和 4 0 年法律第 3 3 号）」を加える。

第 1 号様式から第 1 0 号様式までを次のように改める。

第 1 号様式（第 2 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市養育医療の給付に関する規則第 2 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請
します。

| | | | | |
|--|--------------------------|---------|---------|---------|
| 本 人 | 住 所 地 (住 民 票 所 在 地) | □申請者と同じ | | |
| | 現 在 地 (住所地と異なる場合) | □申請者と同じ | | |
| | フリガナ | | 性 別 | □男 □女 |
| | 氏 名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 個 人 番 号 | | | |
| 扶 養 義 務 者 | 居 住 地 | □申請者と同じ | | |
| | フリガナ | | 電 話 番 号 | □申請者と同じ |
| | 氏 名 | □申請者と同じ | 本人との続柄 | |
| | 個 人 番 号 | | | |
| 被保険者等の記号及び番号 | | | | |
| 保 険 者 等 の 名 称 | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の 名称及び所在地（本人現在地と同 じ場合は、所在地は省略可能） | | | | |
| 備 考 | | | | |

備考

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「現在地」の欄は、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。
- 3 「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。

第2号様式（第2条関係）

| 養 育 医 療 意 見 書 | | | |
|--|--|---|-------|
| フリガナ | | 性 別 | □男 □女 |
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 在 胎 週 数 | □単胎□双胎（ 胎） | 出生時の体重 | グラム |
| 症 状 の 概 要 | 一 般 状 態 | <input type="checkbox"/> 運動不安又は痙攣 <input type="checkbox"/> 運動が異常に少ない。 | |
| | 体 温 | <input type="checkbox"/> 摂氏 34 度以下 | |
| | 呼吸器及び循環器 | <input type="checkbox"/> 強度のチアノーゼ持続 <input type="checkbox"/> チアノーゼ発作を繰り返す。 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 <input type="checkbox"/> 呼吸数が毎分 30 以下 <input type="checkbox"/> 出血傾向が強い。 | |
| | 消 化 器 | <input type="checkbox"/> 生後 24 時間以上排便がない。 <input type="checkbox"/> 生後 48 時間以上嘔吐が持続している。 <input type="checkbox"/> 血性吐物がある。 <input type="checkbox"/> 血性便がある。 | |
| | 黄 疸 | <input type="checkbox"/> 生後数時間以内に発生 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 保育器の使用 <input type="checkbox"/> 人口換気療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 持続静脈内注射 <input type="checkbox"/> その他の医療（ ） | | |
| 症 状 の 経 過 | | | |
| 上記のとおり診断する。 年 月 日 医 療 機 関 の 名称及び所在地 電 話 番 号 医 師 氏 名 | | | |

第3号様式（第2条関係）

世帯調書

| | | | | | | | | |
|------------|---------------------------------|--------|----|------|------|--------|----|--|
| 申請者氏名 | | | | | 本人氏名 | | | |
| 本人の属する世帯構成 | 世帯構成員名 | 本人との続柄 | 性別 | 生年月日 | 階層区分 | 市町村民税額 | 備考 | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 世帯外扶養義務者 | 住所 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |

備考

- 1 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に本人に対して扶養を実施している扶養義務者がいる場合にのみ記入してください。
- 2 この調書には、生活保護法による保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合にはその証明書、その他の場合には市町村民税の課税状況の証明書を添付してください。

第4号様式（第2条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長



養育医療不給付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった養育医療の給付について、次の理由により不給付と決定しましたので、香芝市養育医療の給付に関する規則第2条の規定により、通知します。

理由

（教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 5 号様式（第 3 条関係）

養育医療券再交付申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

養育医療券の再交付を受けたいので、香芝市養育医療の給付に関する規則第 3 条の規定により、次のとおり申請します。

| | | | |
|------------------------|-----|---|---------------|
| 養育医療券の 受給者番号 | | 養育医療券の 交付年月日 | 年 月 日 |
| 受 給 者 | 氏 名 | | |
| | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生 年 月 日 年 月 日 |
| 再 交 付 を 申 請 す る 理 由 | | | |

第 6 号様式（第 4 条関係）

養育医療継続協議書

年 月 日

香芝市長

指定養育医療機関

代表者氏名 印

養育医療を継続したいので、香芝市養育医療の給付に関する規則第 4 条の規定により、次のとおり協議書を提出します。

| | | | |
|---------------------|----------------------|---|---------------|
| 養育医療券の 受 給 者 番 号 | | 養育医療券の 交 付 年 月 日 | 年 月 日 |
| 受 給 者 | 氏 名 | | |
| | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生 年 月 日 年 月 日 |
| 継続しようと す る 期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで（ 日間） | | |
| 継 続 の 理 由 | | | |

第 7 号様式（第 4 条関係）

第 号
年 月 日

指定養育医療機関 様

香芝市長



養育医療継続同意書

年 月 日付けで協議のあった養育医療の継続については、次のとおり
同意します。

| | | | | |
|---------------------|----------------------|---|---------------------|-------|
| 養育医療券の 受 給 者 番 号 | | | 養育医療券の 交 付 年 月 日 | 年 月 日 |
| 受 給 者 | 氏 名 | | | |
| | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 継続する期間 | 年 月 日から 年 月 日まで（ 日間） | | | |

第 8 号様式（第 5 条関係）

養育医療券記載事項変更届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

香芝市養育医療の給付に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり変更したので届け
出ます。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|
| 公費負担医療 の受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 受 給 者 名 | | | | | | | | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 変 更 事 項 | 変 更 前 | | | | | | | | 変 更 後 | |
| 受 給 者 の 氏 名 | | | | | | | | | | |
| 扶 養 義 務 者 の 住 所 | | | | | | | | | | |
| 扶 養 義 務 者 の 氏 名 | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 等 の 名 称 | | | | | | | | | | |
| 被保険者等の記号及び番号 | | | | | | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | 年 月 日から変更 | | | | | | | | | |

備考 変更事項のみ記入してください。

第 9 号様式（第 6 条関係）

移送費用支給承認申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市養育医療の給付に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

| | | | |
|---------------------------------|-------------|-----------|--|
| 受 給 者 番 号 | | | |
| 受 給 者 氏 名 | | | |
| 担 当 医 師 の 意 見 | 移 送 | 移 送 区 間 | |
| | | 移 送 方 法 | |
| | | 移 送 年 月 日 | |
| | 移送を必要と認める理由 | | |
| | 費 用 見 積 額 | | |
| 年 月 日 | | | |
| 指定養育医療機関の所在地 | | | |
| 名 称 | | | |
| 電 話 番 号 | | | |
| 担当医師名 印 | | | |
| やむを得ず事後に申請する ときは、その理由 | | | |

添付書類

- ☐ 保険者が発行した移送に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費支給決定通知書の写し
- ☐ 移送に必要とした費用についての領収書の写し
- ☐ その他市長が必要と認める書類

第 1 0 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

様

香芝市長



移送費用支給承認書

年 月 日付けで申請があった移送については、次のとおり承認します。

| | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------|-------|
| 養育医療券の 受給者番号 | | 養育医療券の 交付年月日 | 年 月 日 |
| 受給者氏名 | | | |
| 指定養育医療機関 | | | |
| 移送の場合 | 区間 から まで 移送費 円 | | |

第 1 1 号様式を削る。

第2条 香芝市養育医療の給付に関する規則（平成25年規則第18号）の一部を次のように改正する。

第3条を次のように改める。

（養育医療券の再交付）

第3条 施行規則第9条第4項に規定する養育医療券の再交付の申請をしようとする者は、養育医療券再交付申請書（第5号様式）を市長に提出しなければならない。

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条の規定は、令和8年4月1日から施行する。
- 2 第1条の規定による改正後の香芝市養育医療の給付に関する規則（次項において「改正後の規則」という。）の規定は、令和7年12月2日から適用する。

(経過措置)

- 3 この規則の施行の際現に改正前の香芝市養育医療の給付に関する規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。