

記載要領

- 1 「世帯構成員」とは、児童本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯員を記載してください。「扶養義務者」とは、父母、祖父母、養父母、兄弟姉妹、そのほか家庭裁判所で扶養の義務が負わされた叔父叔母等、民法（明治 29 年法律第 89 号）第 877 に定められている者です。
- 2 「階層区分」の欄には、児童本人、扶養義務者について、次により記号で記入してください。
なお、注意事項 1 参照のこと。
 - (1) 現在生活保護法の被保護者である場合（生活扶助のほか医療扶助等を受けている場合も含む）...
..... a
 - (2) a に当たる場合を除いて、本年度（不明のときは、前年度）市町村民税が課税されていないか、又は免除になっている場合.....b
（ただし、本年度の市町村民税が不明のため前年度の市町村民税によったときは、b になるときでも、前年度分所得税が課税されている場合は..... d ）
 - (3) a 又は b に当たる場合を除いて、前年分（不明のときは、前々年分）所得税が課税されていない場合.....c
 - (4) a 又は b に当たる場合を除いて、前年分（不明のときは、前々年分）所得税が課税されている場合..... d
- 3 階層区分が d である者（児童本人の扶養義務者で所得税を課税されている者）については、その所得税の年額を記入してください。
- 4 世帯構成員中、本人以外の児童が育成医療等の給付を受け、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。
- 5 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児童本人に対して扶養義務を履行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。

注意事項

- 1 扶養義務者の階層区分について、次の例により、それを証明する関係書類を必ず添付してください。ただし、児童本人又は扶養義務者で 18 歳未満のものは、未就業であれば、証明書は不要です。
 - (1) 階層区分 a の証明
被保護者であることを証明する居住地の地方局長（市の区域にあっては、市福祉事務所長）又は市町村長の証明書
 - (2) 階層区分 b の証明
市町村民税非課税又は免除を証明する市町村長若しくは市町村民税の特別徴収義務者の証明書
 - (3) 階層区分 c の証明書
所得税の非課税であることを証明する市町村長等の証明書及び市町村民税が均等割のみか、所得税も課税されているかどうかを明らかにした市町村長の証明書
 - (4) 階層区分 d の証明書
所得税の課税額について証明する市町村長、税務署長又は所得税の源泉徴収義務者の証明書
- 2 申請後給付が終了するまでの間に前記記載事項に変更が生じた場合は、居住地の保健所長に届け出てください。
- 3 申請に必要な書類は、次のとおりです。
 - (1) 申請書
 - (2) 医師の意見書
 - (3) 世帯調書
 - (4) 関係書類（注意事項 1 の証明書及び被保険者証の写し）

育成医療給付申請書記入例

育成医療給付申請書は申請者が記入してください。

育成医療給付申請書					
ふりがな 本人氏名		歳	男・女	生年月日	年 月 日
ふりがな 扶養義務者氏名		本人との続柄		職業	
扶養義務者住所	(松山市に住所のある方は除く)	電話番号	自宅	()	
			職場	()	
被保険者証の記号及び番号		保険者名			
身体障害者手帳番号	身体障害者手帳の交付を受けているものに限り記入	障害等級		同左	
希望する指定育成医療機関の名称	(指定育成医療機関名を記入すること)				
備考	他の医療費公費負担制度を受給している場合に記入				
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり育成医療の給付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印</p> <p>愛媛県知事 加戸守行 殿</p> <p>これより下欄は記入しないでください。</p>					
申請受付年月日	年 月 日	進達年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
自己負担金 徴収基準月額	入院 円 通院 円	決定 給付期間		年 月 日から 年 月 日まで	

注1 印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けている者に限り記入のこと。

2 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。

3 記名押印に代えて署名することができる。

育成医療給付意見書記入例

育成医療給付意見書は、指定育成医療機関の担当医師が記入するものです。

育 成 医 療 給 付 意 見 書				
本 人 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
本 人 住 所				
病 名		発 病 年 月 日	年 月 日	
障 害 の 状 況 及 び 程 度				
治 療 方 針				
治 療 見 込 期 間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
通 算	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
治 療 用 装 具	<input type="checkbox"/> 要	必要とする理由		
		装着予定年月日	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不要	種 目 ・ 形 式		
医 療 費 概 算 額	入 院 治 療 費	円	移 送 費 見 込 額	円
	通 院 治 療 費	円		
	看 護 料	円	医 療 費 概 算 額 と 移 送 費 見 込 額 の 合 計 額	
	計	円		
治 療 後 に お け る 障 害 の 回 復 状 況 の 見 込 み				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>指定育成医療機関</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>名 称</p> <p>所 在 地</p> <p>電 話 番 号</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>担当医師名</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>印</p> </div> </div>				

注 のある欄は、該当する の中にレ印を付けること。

