

母子保健法施行細則（昭和42年規則第38号）新旧対照表

現行	改正後（案）
<p>（目次及び第1条から第52条まで省略）</p> <p>（未熟児養育医療の給付申請）</p> <p>第53条 法第20条第1項の規定により当該未熟児の保護者（以下「保護者」という。）が養育医療の給付を申請するときは、養育医療給付（新規・継続）申請書（第45号様式）に次の各号に掲げる書類を添付し、市長に申請しなければならない。</p> <p>(1) 世帯調書（第45号様式の2）</p> <p>(2) 保護者並びに保護者と同一世帯に属する配偶者及び扶養義務者のおのおのに係る前年分の所得税額（前年分の所得税額が確定しない場合には、前前年分の所得税額）の合計額を証明する書類</p> <p>(3) 第59条の規定により指定を受けた指定養育医療機関が発行する養育医療意見書（第46号様式）</p> <p>（第54条から第66条まで及び附則省略）</p> <p>別表（第62条第2項）</p>	<p>（目次及び第1条から第52条まで省略）</p> <p>（未熟児養育医療の給付申請）</p> <p>第53条 法第20条第1項の規定により当該未熟児の保護者（以下「保護者」という。）が養育医療の給付を申請するときは、養育医療給付（新規・継続）申請書（第45号様式）に<u>養育医療意見書（第46号様式）</u> <u>その他市長が必要と認める書類</u>を添付し、市長に申請しなければならない。</p> <p>(1)～(3) 削除</p> <p>（第54条から第66条まで及び附則省略）</p> <p>別表（第62条第2項）</p>

徴収基準額

階層区分	児童の属する世帯の階層（細）区分		徴収基準月額	加算基準月額	
A階層	生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）		円	円	
			0	0	
B階層	A階層を除き、市町村民税非課税世帯		2,600	260	
C階層	A階層及びB階層を除き、所得税非課税世帯	市町村民税の均等割のみの課税世帯	5,400	540	
		市町村民税所得割課税世帯	7,900	790	
D階層	A階層及びB階層を除き、所得税課税世帯	所得税課税額が15,000円以下の世帯	D1階層	10,800	1,080
		所得税課税額が15,001円以上40,000円以下の世帯	D2階層	16,200	1,620
		所得税課税額が40,001円以上70,000円以下の世帯	D3階層	22,400	2,240
		所得税課税額が70,001円以上183,000円以下の世帯	D4階層	34,800	3,480
		所得税課税額が183,001円以上403,000円以下の世帯	D5階層	49,400	4,940
		所得税課税額が403,001円以上703,000円以下の世帯	D6階層	65,000	6,500
		所得税課税額が703,001円以上1,078,000円以下の世帯	D7階層	82,400	8,240
		所得税課税額が1,078,001円以上1,632,000円以下の世帯	D8階層	102,000	10,200

徴収基準額

階層区分	児童の属する世帯の階層（細）区分		徴収基準月額	加算基準月額	
A階層	生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）		円	円	
			0	0	
B階層	A階層を除き、市町村民税非課税世帯		2,600	260	
C階層	A階層を除き、市町村民税均等割の額のみ課税世帯		5,400	540	
D階層	A階層、B階層及びC階層を除き、市町村民税課税世帯	市町村民税所得割の額が15,000円以下の世帯	D 1階層	7,900	790
		市町村民税所得割の額が15,001円以上21,000円以下の世帯	D 2階層	10,800	1,080
		市町村民税所得割の額が21,001円以上51,000円以下の世帯	D 3階層	16,200	1,620
		市町村民税所得割の額が51,001円以上87,000円以下の世帯	D 4階層	22,400	2,240
		市町村民税所得割の額が87,001円以上171,300円以下の世帯	D 5階層	34,800	3,480
		市町村民税所得割の額が171,301円以上252,100円以下の世帯	D 6階層	49,400	4,940
		市町村民税所得割の額が252,101円以上342,100円以下の世帯	D 7階層	65,000	6,500
		市町村民税所得割の額が342,101円以上450,100円以下の世帯	D 8階層	82,400	8,240

		所得税額税額が1,632,001円以上2,303,000円以下の世帯。	D9階層	123,400	12,340
		所得税額税額が2,303,001円以上3,117,000円以下の世帯。	D10階層	147,000	14,700
		所得税額税額が3,117,001円以上4,173,000円以下の世帯。	D11階層	172,500	17,250
		所得税額税額が4,173,001円以上5,334,000円以下の世帯。	D12階層	199,900	19,990
		所得税額税額が5,334,001円以上6,674,000円以下の世帯。	D13階層	229,400	22,940
		所得税額税額が6,674,001円以上の世帯。	D14階層	全額	左の徴収基準月額の1割。ただし、当該額が26,300円に満たない場合は、26,300円とする。
備考	1 徴収基準月額欄の「全額」とは、当該児童の措置に要した費用から社会保険各法の規定により保険者が負担すべき費用（高額療養費の支給を除く。）を差し引いた額の月額をいう。 2 B階層、C階層又はD階層に属する同一世帯から同時に2人以上の児童が措置を受けた場合は、当該措置に要した入院日数が最も長期となる児童（当該入院日数が同数である場合は、いずれか1人の児童）以外の児童の徴収額については、加算基準月額により算定する。 3 その月の入院日数が1箇月未満のものに係る徴収額については、徴収基準月額又は加算基準月額の日割計算により算定するものとする。 4 本表の規定にかかわらず、当該措置を受けた者の扶養義務者から徴収する徴収額は、当該措置に要した費用から社会保険各法の規定により保険者が負担すべき費用（高額療養費の支給を含む。）を差し引いた額を超えてはならない。				

		市町村民税所得割の額が450,101円以上579,000円以下の世帯。	D9階層	102,000	10,200
		市町村民税所得割の額が579,001円以上700,900円以下の世帯。	D10階層	123,400	12,340
		市町村民税所得割の額が700,901円以上849,000円以下の世帯。	D11階層	147,000	14,700
		市町村民税所得割の額が849,001円以上1,041,000円以下の世帯。	D12階層	172,500	17,250
		市町村民税所得割の額が1,041,001円以上1,222,500円以下の世帯。	D13階層	199,900	19,990
		市町村民税所得割の額が1,222,501円以上1,423,500円以下の世帯。	D14階層	229,400	22,940
		市町村民税所得割の額が1,423,501円以上の世帯。	D15階層	全額	左の徴収基準月額の1割。ただし、その額が26,300円に満たない場合は、26,300円とする。
備考	1 徴収基準月額欄の「全額」とは、当該児童の措置に要した費用から社会保険各法の規定により保険者が負担すべき費用（高額療養費の支給を除く。）を差し引いた額の月額をいう。 2 B階層、C階層又はD階層に属する同一世帯から同時に2人以上の児童が措置を受けた場合は、当該措置に要した入院日数が最も長期となる児童（当該入院日数が同数である場合は、いずれか1人の児童）以外の児童の徴収額については、加算基準月額により算定する。 3 その月の入院日数が1箇月未満のものに係る徴収額については、徴収基準月額又は加算基準月額の日割計算により算定するものとする。 4 本表の規定にかかわらず、当該措置を受けた者の扶養義務者から徴収する徴収額は、当該措置に要した費用から社会保険各法の規定により保険者が負担すべき費用（高額療養費の支給を含む。）を差し引いた額を超えてはならない。				

(別記 様式目次 第1号から第45号様式まで省略)

第45号様式の2 世帯調書 (第53条)

(様式 第1号～第44号様式まで省略)

第45号様式 (第53条)

第45号様式(第53条)

養育医療給付(新規・継続)申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市長

住 所  
申請者 電話 ( )  
氏 名  
本人と  
の続柄

養育医療の給付を受けたいので、次とお申し込みします。

フリガナ 本人氏名 (お子さん)	男・女	生年月日	年 月 日
個人番号			
フリガナ 扶養義務者 氏名	本人と の続柄	職業	
個人番号			
扶養義務者住所		電話 ( )	
加入健康保険の 名 称			
加入健康保険の 保険者の番号		被保険者 証の記号 及び番号	
指定養育医療機 関の名称			
継続申 請 欄 受給者 番号		これま での有 効期間	年 月 日から 年 月 日まで

福祉保健センター記入欄

受付年月日	年 月 日	進 達 年月日	年 月 日	決 定 年月日	年 月 日
經由福祉保 健センター 長の意見	横浜市 福祉保健センター長				

(A4)

(別記 様式目次 第1号から第45号様式まで省略)

第45号様式の2 削除

(様式 第1号～第44号様式まで省略)

第45号様式 (第53条)

第45号様式(第53条)

養育医療給付(新規・継続)申請書

年 月 日

(申請先)  
横浜市長

住 所  
申請者 電話 ( )  
氏 名  
本人と  
の続柄

養育医療の給付を受けたいので、次とお申し込みします。  
また、徴収基準額判定のため、市民税の課税内容について照会することに同意します。

フリガナ 本人氏名 (お子さん)	男・女	生年月日	年 月 日
個人番号			
フリガナ 扶養義務者 氏名	本人と の続柄	職業	
個人番号			
扶養義務者 住 所		電話 ( )	
加入健康保険の 名 称			
加入健康保険の 保険者の番号		被保険者 証の記号 及び番号	
指定養育医療機 関の名称			
継続申 請 欄 受給者 番号		これま での有 効期間	年 月 日から 年 月 日まで

福祉保健センター記入欄

受付年月日	年 月 日	進 達 年月日	年 月 日	決 定 年月日	年 月 日
經由福祉保 健センター 長の意見	横浜市 福祉保健センター長				

(A4)

第45号様式の2 (第53条)

第45号様式の2(第53条)

世帯調査書

申請者氏名 (父又は母)				本人氏名 (お子さん)					
児童の 属する 世帯 構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	階級 区分	所得税額 (年額)	備考	
				年 月 日			円		
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
世帯外 扶養 義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								
備考									

(注意) 1 「世帯構成員名」欄は、本人を含めて全世帯構成員を記載してください。

「階級区分」欄は、記載不要です。

2 この世帯調査書には、次の証明書を添付してください。

- (1) お勤めの方は、勤務先発行の「給与所得の源泉徴収票」
- (2) 自営業の方は、税務署発行の「納税証明書(その1)」
- (3) 上記(1)及び(2)の証明書の所得税額が0円の方は、更に区役所の市民税担当課発行の「市民税・県民税課税証明書」
- (4) 生活保護を受けている方は、区役所の生活保護担当課発行の受給の「証明書」
- (5) 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基づく支援給付を受けている方は、健康福祉局発行の「本人確認証」

(A4)

第45号様式の2 (第53条)

削除