

○新地町ひとり親家庭医療費の助成に関する条例施行規則

平成12年3月17日規則第2号

(趣旨)

**第1条** この規則は、新地町ひとり親家庭医療費の助成に関する条例(平成12年新地町条例第1号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(助成の際の控除額)

**第2条** 条例第4条第1項に規定する規則で定める額は、条例第3条第1項及び第2項に規定する者に係る医療費の一部負担金の額を登録世帯(ひとり親家庭の親及び児童をもって1登録世帯、父母のない児童をもって1登録世帯とする。)ごとに合算して1,000円とする。

(受給資格の登録)

**第3条** 条例第5条に規定する申請書は、様式第1号によるものとし、登録資格の登録日は、申請書を受理した日の属する月の翌月の初日とする。ただし、申請書を受理した日が月の初日であるときは、その日とする。

2 条例第5条に規定する登録は、登録した日以後において最初に到来する7月31日まで有効とし、有効期間の満了後引き続き医療費の助成を受けようとする者は、事前に様式第1号による登録更新申請書を提出しなければならない。

(受給資格者証の交付)

**第4条** 町長は、条例第5条の規定による申請があったときは、条例に定める要件に適合するかどうかを審査し、適合するときは当該申請者に対し様式第2号による受給資格者証を交付する。

(助成の申請)

**第5条** 条例第6条に規定する申請は、様式第3号の申請書に、別表に掲げる書類を添付して行わなければならない。

(助成の決定)

**第6条** 町長は、条例第6条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成額を決定し、様式第4号により申請者に通知し、助成金を交付するものとする。

(変更届出の義務)

**第7条** 受給資格者は、次に掲げる事項について変更があったときは、様式第5号の変更届出書に受給資格者証を添付して速やかに町長に届け出なければならない。

- (1) 氏名及び住所
- (2) 加入保険に係る被保険者証の記載事項
- (3) ひとり親家庭の児童の受給資格
- (4) その他、当初の受給資格登録申請書に記載した事項

(受給資格者証の再交付)

**第8条** 受給資格者証を破損し又は亡失したことにより、受給資格者証の再交付を受けようとする者は、様式第6号の再交付申請書を町長に提出し、再交付を受けるものとする。

(受給資格者証の返還)

**第9条** 受給資格者の全員がその資格を喪失したときは、ひとり親家庭にあつては当該ひとり親家庭の親が、父母のない児童にあつては当該父母のない児童（当該父母のない児童を監護する養育者等がいる場合には当該養育者等）が、速やかに受給資格者証を町長に返還しなければならない。

## 附 則

- 1 この規則は、平成12年4月1日から施行する。
- 2 新地町母子家庭医療費の助成に関する条例施行規則（昭和59年新地町規則第5号）は、廃止する。
- 3 平成12年4月中に受給資格の登録申請を受理した場合の受給資格の登録日は、規則第3条の規定にかかわらず、平成12年4月1日とする。

## 附 則（平成15年3月19日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行し、平成14年10月1日から適用する。

## 附 則（平成22年2月2日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

## 附 則（平成28年1月1日規則第1号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

別表（第5条関係）

区分		提出書類
医療費の一部負担が高額療養費に該当する場合	(1) 国民健康保険法適用者	高額療養費支給に関する確認書 (様式第3号の2)
	(2) (1)以外の医療保険各法適用者	高額療養費支給に関する申立書 (様式第3号の2) 高額療養費支給決定通知書又は高額療養費の積算基礎を明らかにした書類
後期高齢者医療制度の対象とならない者で、医療費の一部負担金が21,000円以上で高額療養に該当しない場合		高額療養費支給に関する申立書 (様式第3号の2)

(表面)

様式第1号 (第3条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格登録 (登録更新) 申請書

年 月 日

新地町長 宛

申請者 住 所

氏 名

印

次のとおり、ひとり親家庭医療費受給資格の登録 (登録更新) を申請します。

区 分	氏 名	続柄	生年月日	別居の場合 住所	職 業 又 は 学 校	個人番号				
申 請 者		/	・ ・	/						
児 童			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
			・ ・							
父母のない 児 童			・ ・							
扶養義務者			・ ・							
ひとり親家 庭等となっ た事由	離婚 ・ 死亡 ・ 障害 ・ 生死不明 ・ 遺棄 ・ 拘禁 ・ 未婚の親 ・ その他									
児童扶養手 当の受給の 有無	有 ・ 無		証書番号		島児扶 第 号					
加 入 保 険	被保険者氏名		記号番号							
	加入保険の種別		国保・政管・組合・船員・共済							
	保 険 者	名 称								
		所 在 地								
	資格取得年月日		年 月 日	附加給付の有無		有 ・ 無				
支払希望金融機関名						口座番号				

附加給付に関する証明

当事業所における前記対象者に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定内容	
--------	--

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

印

備考 この申請書に添えなければならない書類は次のとおりです。

1 ひとり親家庭に該当する場合

- (1) 親と児童の戸籍謄本
- (2) 親の配偶者が障害者の場合は、診断書（身体障害者手帳又は療育手帳により障害程度の確認が可能な場合は、当該手帳の写し）
- (3) 次の場合は、その事実を明らかにすることができる左に掲げる書類
  - ①配偶者の生死が不明な場合 民生委員の証明
  - ②配偶者から遺棄されている場合 民生委員の証明
  - ③配偶者が拘禁されている場合 拘禁証明書
- (4) 加入保険に係る被保険者証の写し
- (5) (3)に掲げる書類については、町長が他の方法で確認することができる場合は添付を省略することができ、あなたが児童扶養手当受給者である場合は、(1)から(3)までの書類の添付を省略することができます。

2 父母のない児童の場合

- (1) 当該児童の父及び母の戸籍謄本
- (2) 加入保険に係る被保険者証の写し

注)

- (1) ひとり親家庭又は父母のない児童に該当しなくなった場合は、速やかに受給資格者証を返還してください。
- (2) また、ひとり親家庭の児童の中に受給資格を喪失した者がある場合には、別途受給資格変更届に受給資格者証を添付してすみやかに届出てください。
- (3) 受給資格の登録更新申請の場合は、1—(3)、2—(1)に掲げる書類の添付は不要です。

様式第2号 (第4条関係)

(表)

8.5cm

12.5  
cm

ひとり親家庭医療費受給資格者証			
受給者番号			
申請者	住所		
	氏名		
受給者氏名	続柄	生年月日	資格喪失年月日
交付年月日			
有効期限			
福島県相馬郡新地町長 <span style="float: right;">印</span>			

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- 2 診療を受けたときは、医療機関の窓口で自己負担額を支払い、所定の助成申請書に証明をしてもらって町役場に助成金の請求をしてください。
- 3 次のときは、必ず届け出てください。
  - (1) 氏名に変更があったとき。
  - (2) 住所を変更したとき。
  - (3) 加入保険に変更があったとき。
  - (4) 受給資格者の一部の者に係る資格の取得、又は喪失があったとき。
- 4 この証を破損したり、なくしたりしたときは再交付を受けてください。
- 5 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。

様式第3号（第5条関係）

ひとり親家庭医療費助成申請書  年 月 日  新地町長  受給者番号 申請者住所 氏 名 印  年 月分のひとり親家庭医療費の助成金の交付を申請します。	
受診者名	
生年月日	
同一受診月分の申請の有無（注2参照）	無 ・ 有

医療 機 関 記 入 欄	保険診療	入院	点	薬剤負担金額収金額①	円	
	総点数	外来	点	負担金額収額（①を除く）②	円	
	食事 提供日数	日	入院時食事 療養費定額 負担日額	円	入院時食事療養費 定額負担月額 （提供日数×日額）③	円
	入院時食事療養費総額（保険適用分月額）				円	
	上記 月分の一部負担金を受領したことを証明する。  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 医療機関 住所 又は薬局 名称 印					

一部負担額 (A) ①+②+③	付加給付額 (B)	高額療養給付額 (C)	自己負担額 (A-B-C)
円	円	円	円

注1 上記の枠内は申請者が記入してください。

2 「同一受診月分の申請の有無」欄には、この申請書の他に、同一受診月分の申請書（同一世帯の受給資格者のどなたのものでも結構です。）の提出を行ったことが有るか無いかいずれかに丸をつけてください。



様式第4号（第6条関係）

ひとり親家庭医療費助成決定通知書

第 号  
年 月 日

申請者

様

新地町長

印

先に助成申請のありましたひとり親家庭医療費については、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

月 分 助成決定額		前月以前の今回決定月分の助成の有無 無 ・ 有	
受 診 者 名	円	医 療 機 関 名	自 己 負 担 額

\* 前月以前の今回決定月分の助成の有無が「有」の時は、以前に1,000円控除されているため、今回は1,000円の控除は行われません。

（表面）

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

新地町長 宛

届出人 個人番号

住 所

氏 名

印

次のとおり変更が生じたので、届出します。

受給者番号		第 号		変更事由			
区分	新			旧			
受給者	氏名			氏名			
	住所			住所			
加入保険	記号			記号			
	番号			番号			
	保険者名			保険者名			
	被保険者			被保険者			
	附加給付内容			附加給付内容			
	支払希望金融機関			支払希望金融機関			
	口座番号			口座番号			
変更年月日			年 月 日				
資格喪失児童	氏名			個人番号			
	生年月日	年	月	日	続柄		
	喪失年月日	年 月 日					
	喪失事由						
注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。							

(裏面)

附加給付に関する証明

当事業所における前記対象者に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定 内容	
------------	--

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

印

備考 この変更届に添えなければならない書類は次のとおりです。

- 1 加入保険が変更になった場合
  - ・国民健康保険以外に加入・・・加入保険証の写し（親と子）
  
- 2 資格を喪失した児童がいる場合
  - ・受給資格者証

注)

- (1) ひとり親家庭又は父母のない児童に該当しなくなった場合は、速やかに受給資格者証を返還してください。
- (2) また、ひとり親家庭の児童の中に受給資格を喪失した者がある場合には、別途受給資格変更届に受給資格者証を添付してすみやかに届出てください。

様式第6号 (第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

新地町長 宛

申請者 住 所

氏 名 印

ひとり親家庭医療費受給資格者証を破損した<sup>破損</sup>ので、再交付願います。  
亡失

受 給 者 証 番 号											
受 給 者	氏 名										
	個 人 番 号										
	住 所										
破 損 亡 失	年 月 日	年 月 日									