

改正

平成9年8月28日規則第16号

平成14年8月1日規則第14号

平成17年3月31日規則第3号

平成18年3月31日規則第13号

平成20年3月31日規則第16号

平成20年9月9日規則第24号

平成21年9月30日規則第11号

平成27年12月28日規則第34号

平成31年3月28日規則第7号

令和3年3月29日規則第14号

上市町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、上市町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成5年上市町条例第14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。

(受給資格証の登録の手続)

第2条 条例第4条の規定による申請は、ひとり親家庭等医療費受給資格登録（更新）申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 戸籍の謄本又は抄本
- (2) 同意書（様式第2号）
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、町長は、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）の規定により児童扶養手当の支給を受けている者が児童扶養手当証書を提示したときは、前項第1号に規定する書類の添付を省略することができる。

3 第1項の申請の際は、医療保険各法の規定による被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることを証する被保険者証書又は組合員証（第10条において「保険証」という。）を提示しなければならない。

(受給資格証書等の交付)

第3条 町長は、前条第1項の申請があった場合において、条例第3条に規定する対象者（次条第1項において「対象者」という。）と決定したときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証（様式第3号。以下「受給資格証」という。）又はひとり親家庭等医療費（療養費払）助成申請書（様式第4号）に必要事項を記載して交付しなければならない。

（受給資格証の有効期間）

第4条 受給資格証の有効期間は、対象者と決定した日からその日以後の最初に到来する9月30日までとする。

2 前項の規定にかかわらず、受給資格証の有効期限は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める日までとする。

- （1） 受給資格者が町の区域内から他の市区町村に転出した場合 町の区域内に住所を有しなくなった日
- （2） 受給資格者が死亡した場合 死亡した日
- （3） 社会保険各法の被保険者の資格を取得した場合又は国民健康保険の被保険者若しくは社会保険各法の被扶養者の資格を喪失した場合 社会保険各法の被保険者の資格を取得した日の前日又は国民健康保険の被保険者若しくは社会保険各法の被扶養者の資格を喪失した日の前日
- （4） 受給資格者が結婚した場合 結婚した日の前日

（受給資格証の更新申請）

第5条 受給資格者は、受給資格証を更新しようとする場合は、毎年8月1日から8月31日までの間に、ひとり親家庭等医療費受給資格登録（更新）申請書（様式第1号）に第2条に掲げる書類を提示し、又は添付して、町長にその更新を申請しなければならない。

（受給資格証の再交付申請）

第6条 受給資格者は、受給資格証を破り、汚し、又は紛失した場合は、ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書（様式第5号）をもって町長にその再交付を申請することができる。

2 前項に規定する場合（受給資格証を紛失した場合を除く。）において、受給資格者は、同項の規定による申請に当該受給資格証を添えなければならない。

（助成の申請等）

第7条 条例第6条の規定による申請は、ひとり親家庭等医療費（療養費払）助成申請書（様式第4号）により行わなければならない。

2 町長は、前項の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成額を決定して、申請者に通知しなければならない。

(条例第5条の規則で定める給付)

第8条 条例第5条の規則で定める給付は、次に掲げる費用に係る給付とする。ただし、入院時の食事療養及び生活療養に要した費用に係る給付を除く。

- (1) 保険外併用療養費
- (2) 療養費
- (3) 訪問看護療養費
- (4) 家族療養費
- (5) 家族訪問看護療養費
- (6) 特別療養費

(条例第6条の規則で定める者)

第9条 条例第6条の規則で定める者は、次に掲げる者とする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
- (2) 柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第2条第1項に規定する柔道整復師
- (3) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第3条の2に規定するあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゆう師
- (4) その他町長が認めた者

(条例第6条ただし書の規定による助成を受けようとする場合の受給資格証等の提示)

第10条 受給資格者は、条例第6条ただし書の規定による助成を受けようとする場合は、保険医療機関等に受給資格証及び保険証を提示しなければならない。

(助成額の審査及び支払事務の委託)

第11条 条例第6条ただし書の規定により保険医療機関等に支払う助成額の審査及び支払事務は、町長が富山県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

(条例第7条第1号の規則で定める事項)

第12条 条例第7条第1号の規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 条例第5条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者又は共済組合の医療に関する給付内容の変更
 - (2) 被保険者証又は組合員証の記号番号の変更
- (届出に係る書類の様式)

第13条 条例第7条の規定による届出に係る書類の様式は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める様式とする。

- (1) 条例第7条第1号に規定する事由に該当した場合 ひとり親家庭等医療費受給資格内容変更届 (様式第6号)
- (2) 条例第3条に規定する受給資格要件を満たさないこととなった場合 ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届 (様式第7号)
- (3) ひとり親家庭等の医療費の助成事由が第三者の行為によって生じた場合 第三者の行為による被害届 (様式第8号)
(受給資格証の返還)

第14条 受給資格者は、次の各号のいずれかに該当した場合は、速やかに受給資格証を返還しなければならない。

- (1) 条例第3条に規定する受給資格要件を満たさないこととなった場合
- (2) 受給資格証の有効期間が満了した場合
- (3) 第6条の規定により受給資格証の再交付を受けた後に紛失した受給資格証を発見した場合
(書類の添付の省略)

第15条 町長は、この規則に規定する申請に添える書類について、証明すべき事実を公簿等によって確認ができる場合は、当該書類の添付を省略させることができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成5年10月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この規則施行の前にした上市町母子家庭医療費助成に関する条例施行規則 (昭和55年上市町規則第7号) 第5条の規定による受給資格証の更新申請は、この規則第5条の規定による更新申請とみなす。
- 3 上市町母子家庭医療費助成に関する条例施行規則 (昭和55年上市町規則第7号) は廃止する。

附 則 (平成9年8月28日規則第16号)

この規則は、平成9年9月1日から施行する。

附 則 (平成14年8月1日規則第14号)

この規則は、平成14年8月1日から施行する。

附 則 (平成17年3月31日規則第3号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則 (平成18年3月31日規則第13号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成20年3月31日規則第16号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。ただし、第2条の規定は、同年10月1日から施行する。

附 則（平成20年9月9日規則第24号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成21年9月30日規則第11号）

この規則は、平成21年10月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日規則第34号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の上市町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成31年3月28日規則第7号）

（施行期日）

1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の上市町ひとり親医療費助成に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

（準備行為）

3 この規則による改正後の上市町ひとり親医療費助成に関する条例施行規則に規定するひとり親医療費助成の事務の実施に必要な準備行為は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則（令和3年3月29日規則第14号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（上市町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する条例施行規則の一部改正）

2 上市町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する条例施行規則（平

成27年上市町規則第28号)の一部を次のように改正する。

(次のよう略)

様式第1号 (第2条、第5条関係)

様式第1号 (第2条、第5条関係)

※ 決裁	課長		課員	主務	受付	年 月 日	
					決裁	年 月 日	
					交付	年 月 日	
※ 受給資格証交付				要 否			
ひとり親家庭等医療費受給資格登録 (更新) 申請書							
						年 月 日	
上市町長		宛て		申請者住所 (母又は父、養育者) 氏名			
下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格登録を申請します。							
受給資格者	区分	個人番号			住所	※受給者番号	※有効期間
		氏名	続柄	生年月日			
	母又は父 養育者		本人	年 月 日			年 月 日
				年 月 日			年 月 日
	児童			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日	
			年 月 日			年 月 日	
配偶者の状況	ア 離婚 イ 死亡 ウ 障害 エ 生死不明 オ 遺棄 カ 拘禁 キ 未婚の女子で父がいない ク 生保離脱 ケ DVの保護命令 コ その他						
公的年金受給状況	ア 児童扶養手当 イ 遺族厚生年金 ウ 遺族基礎年金 エその他() オ 受給していない						
所得状況		受給資格者 (母又は父、養育者)	配偶者 氏名()	扶養義務者 氏名()			
扶養親族等控除							
個人番号							
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		人()	人()	人()			
所得金額		円	円	円			
養育費		円		円			
控	障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人 円	人 円	人 円			
	特別障害者である控除配偶者及び扶養親族の数	人 円	人 円	人 円			
除	障害者・特別障害者・高齢者・寡婦・勤労学生等の別	障・特・障 老・寡・勤	障・特・障 老・寡・勤	障・特・障 老・寡・勤			
	医療費等控除	円	円	円			
	社会保険料等相当分	円	円	円			
控除後の所得金額		円	円	円			
加療入保医療	被保険者名		続柄	保険種別	協・組・日・船・共・国		
	保険者名		被保険者 記号番号	附加給付	有・無		
私は、福祉医療担当課職員に、ひとり親家庭等医療費受給に必要な範囲で、税務担当課所有の世帯に係る収入及び課税情報の提供又は閲覧する権限を委任します。 氏名							

様式第2号（第2条関係）
 様式第2号（第2条関係）

年 月 日

上市町長 宛て

同意書

次の者は、上市町長がひとり親家庭等医療費の受給資格の登録（更新）事務の審査に必要な範囲において、地方税関係情報を取得することについて同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書に記載のある事務処理に限り同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

備考

- 1 同意する者が自ら署名をしてください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要となります。
- 3 申請者と同居している者は、その者の住所欄の口には印を付してください。この場合、住所の記入は必要ありません。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載して差し支えありません。
- 5 18歳未満の者で課税所得のないものは、記入不要です。

様式第3号(第3条関係)
 様式第3号(第3条関係)
 (表面)

㊤ ひとり親家庭等医療費受給資格証				
公費負担者番号				
住 所				
受給者番号 / 氏 名		生 年 月 日	性 別	備 考
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
有 効 期 間		年 月 日～ 年 9 月 30 日まで		
発 行 機 関 名 及 び 印				
交 付 年 月 日		月 日 日		

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、ひとり親家庭等医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されます。
- 3 この証は、診療を受けるときに、保険証(又は組合員証)とともに病院等の窓口に掲示してください。
- 4 この証の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。
- 5 受給資格要件を満たさないこととなったとき又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を町長に返還してください。
- 6 県外の病院等で診療を受けた場合は、窓口で医療費が請求されますので、お金を支払い、領収書を受け取ってください。その後、町へ当該領収書を提出し、還付の手続きを行ってください。

様式第4号(第3条、第7条関係)
 様式第4号(第3条、第7条関係)

※ 決 裁			主 務	保 険 区 分	1	2	3	4	5	6	9		
					社 被 保 保 険 険 保 者 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者 保 者	国 被 保 保 ・ 退 職 者	国 被 扶 養 ・ 者	国 保 組 合	後 期 高 齢 者		
					受	付		年	月	日			
					伺			年	月	日			
決	定		年	月	日								
支	給		年	月	日								
※ 助 成 内 訳	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額								交 付 決 定 額	円		
		社会保険等負担分			公費負担その他の分			計					
		円	円	円	円	円	円						
ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請書													
上市町長 宛て										年 月 日			
申請者 住所 (母又は父、養育者) 氏名													
下記のとおりひとり親家庭等医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。													
受給者番号					加 入 保 険	被 保 険 者 証 記 号 番 号		—					
受 給 者	氏 名			男 女		保 険 種 別		国保・健保・共済組合・その他					
	生年月日					年 月 日	保 険 者 名						
年 月分 保険診療領収書(入院・通院)													
受給者名		病 名											
保険診療 合計点数		点	公費負担額		円	社会保険等 負担点数		点					
一部負担金領収額		円			左記金額には保険診療以外は含まれていません。								
上記のとおり領収しました。										年 月 日			
医療機関等の所在地名称 開設者氏名													
振 込 先	口座振替 指定金融機関		銀行 金庫 農協			支店 出張所							
	指定口座		1 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)								
	フリガナ												
口座名義(申請者のもの)													
(注) 1 この用紙は、病院等に診療費をいったん支払い、その後で町長から助成を受ける場合に使います。(県外の病院等の場合) 2 申請は診療月ごと、入院通院の別ごとに行ってください。 3 太枠の欄は病院等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもらった場合、これにかえることができます。 4 ※欄は町で記入します。													

様式第5号 (第6条関係)
 様式第5号(第6条関係)

※ 決 裁					主 務	受 付	
						決 定	
						交 付	
ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書							
受 給 資 格 者	氏 名						
	住 所						
	加 入 保 険						
	記 号 番 号						
	保 険 者 名						
<p>ひとり親家庭等医療費受給資格証 破損 したので再交付願いたく申請します。 亡失</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名</p> <p>上市町長 宛て</p>							

様式第6号(第13条関係)
 様式第6号(第13条関係)

※ 決 裁						主 務	受 付	
							決 定	
							処 理	
ひとり親家庭等医療費受給資格内容変更届								
変 更 事 由								
変 更 年 月 日								
変 更 事 由		新			旧			
氏 名								
住 所								
保 険 の 状 況		保 険 者				保 険 者		
		保 険 証 記号番号				保 険 証 記号番号		
		被保険者 氏 名				被保険者 氏 名		
		給付内容				給付内容		
ひとり親家庭等医療費受給資格証を添えて届けます。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 </div> 上市町長 宛て								

様式第7号 (第13条関係)
 様式第7号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

上市町長 宛て

届出者 住 所 上市町
 氏 名

次のとおり受給資格を喪失しましたので、受給資格証を添えて届け出ます。

資
格
喪
失
事
由

- 1 児童の年齢到達
- 2 転出
- 3 生活保護を受給するようになった。
- 4 児童福祉法により、児童福祉施設に収容された。
 (施設名 _____)
- 5 里親に養育されるようになった。
- 6 その他

資格喪失年月日

年 月 日

資 格 喪 失 者

番 号	氏 名	生 年 月 日
		昭・平 ・
		昭・平 ・
		昭・平 ・

様式第8号 (第13条関係)
 様式第8号(第13条関係)

第三者の行為による被害届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div> <div style="margin-top: 10px;"> 上市町長 宛て </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 届出者 住 所 氏 名 </div>					
被 害 者	受給者番号		受給者名 (被害者名)		
加 害 者	住 所		氏 名	電 話	
加害者の 使用 者	住 所		氏 名	電 話	
負傷の日時及び場所					
発病の原因又は 負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度			治ゆまでの 見込み	入院 通院 診療費総額 円 円 円	
診療を受け た医師名	当 初	住 所		氏 名	電 話
	転 医 後	住 所		氏 名	電 話
自動車事故 の 場 合	自 動 車 番 号				
	自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 險 契 約 会 社				
損害賠償に 関する交渉 の 経 過					