

○上富田町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成18年6月26日

規則第21号

改正 平成23年7月29日規則第12号

平成24年3月26日規則第5号

平成27年3月25日規則第6号

平成27年12月25日規則第19号

平成28年3月22日規則第4号

上富田町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則(昭和48年規則第3号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、上富田町子ども医療費の支給に関する条例(平成18年条例第32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。

(用語)

第2条 この規則で使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

(受給資格の認定申請)

第3条 条例第4条第1項の規定による申請は、子ども医療費受給資格者認定申請書(別記第1号様式)に次の各号に掲げる書類(6歳に達する日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子ども(以下「児童」という。)の保護者にあつては、第1号に掲げる書類を除く。)を添えて、町長に提出しなければならない。

- (1) 保護者の前年分(1月から7月までの間に新たに認定を受けようとする場合は、前々年分をいう。)の所得状況及び課税状況を明らかにすることができる書類
- (2) 医療保険各法の規定による被保険者又は組合員及びその被扶養者であることを証する被保険者証又は組合員証
- (3) その他町長が必要と認める書類

(乳幼児医療費受給資格証等の交付)

第4条 町長は、前条に規定する申請書の提出があつた場合は、内容審査の上、適当であると認めるときは、条例第5条第1項の規定により当該申請者に、対象となる子どもが6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある場合にあつては、乳幼児医療費受給資格証(別記第2号様式)を、児童である場合にあつては子ども医療費受給資格証(別記第3号様式)を交付するものとする。

(所得状況の確認)

第5条 町長は、前条の規定により乳幼児医療費受給資格証の交付を受けた者に、毎年度、第3条第1号に掲げる証明書等の提出を求めることができる。

(受給資格証の再交付)

第6条 第4条の規定により乳幼児医療費受給資格証又は子ども医療費受給資格証(以下これらを「受給資格証」という。)の交付を受けた者(以下「受給資格者」という。)は、受給資格証を破損し、磨滅し又は亡失したときは、福祉医療受給資格者証再交付申請書(別記第4号様式)を町長に提出して、その再交付を申請することができる。

- 2 受給資格者は、受給資格証を破損又は磨滅したことによって受給資格証の再交付を受けようとするときは、前項の申請書に当該受給資格証を添付しなければならない。
- 3 受給資格者は、受給資格証の再交付を受けた後において亡失した受給資格証を発見したときは、速やかに発見した受給資格証を町長に返還しなければならない。

(子ども医療費の支払)

第7条 受給資格者は、条例第7条第1項の規定により子ども医療費の支給を受けようとするときは、福祉医療医療費支給申請書(別記第5号様式)に医療機関等の発行する領収書を添えて、町長に申請しなければならない。

- 2 前項の申請の際には、受給資格証及び当該支給対象者の被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。
- 3 条例第7条第1項の規定により、医療機関等からの委任請求は福祉医療医療費助成診療報酬請求明細表(別記第6号様式)を町長に提出しなければならない。

(届出)

第8条 条例第8条の規定による届出は、福祉医療受給資格者内容変更届出書(別記第7号様式)又は福祉医療受給資格者喪失届出書(別記第8号様式)に受給資格証を添えて行わなければならない。ただし、受給資格者がその資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を町長に返還しなければならない。

(添付書類の省略)

第9条 町長は、この規則の規定による添付書類により証明すべき事実を公簿等で確認することができるときは、当該添付書類の全部又は一部を省略させることができる。

(その他)

第10条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則(平成23年7月29日規則第12号)

- 1 この規則は、平成23年8月1日から施行する。
- 2 第1条の規定による改正後の上富田町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則第7条の規定は、この規則の施行の日以後に受ける保険給付又は医療に関する給付に係る医療費の支給について適用し、同日前に受けた保険給付又は医療に関する給付に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

附 則(平成24年3月26日規則第5号)

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成27年3月25日規則第6号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月25日規則第19号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年3月22日規則第4号)

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 改正後の上富田町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第7条の規定は、この規則の施行の日以後に受ける保険給付又は医療に関する給付に係る医療費の支給について適用し、同日前に受けた保険給付又は医療に関する給付に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

別記第1号様式（第3条関係）

決 裁	課長	企画員	課長補佐	係長	主査/主事	登録	年 月 日	受付印
						決定	年 月 日	
						発行	年 月 日	
						判定	適 ・ 否	
※ 備 考								

## 子ども医療費受給資格者認定申請書


- ◎ 資格種別 : 乳幼児 児童
- ◎ 資格取得事由 :  出生  転入  その他 ( )
- ◎ 資格取得年月日 : 年 月 日

子 ど も	住 所	上富田町																				
	フリガナ																					
	氏 名	生 年 月 日 年 月 日																				
	個人番号												性別	男 ・ 女								
	加 入 保 険	被保険者氏名	(子どもとの続柄 )																			
	記号番号																					
	保険者名																					
	保険者番号											付加給付	有 ・ 無									
保 護 者	住 所																					
	フリガナ																					
	氏 名																					
	生年月日	年 月 日										性別	男 ・ 女									
	子どもとの続柄	個人番号																				
保 護 者	住所																					
	フリガナ																					
	氏 名																					
	生年月日	年 月 日										性別	男 ・ 女									
	子どもとの続柄	個人番号																				
受給資格者証番号		第 号																				
<p>上富田町長 様</p> <p>上記のとおり、子ども医療費受給資格者の認定登録を申請します。</p> <p>受給資格者審査に際し担当が私及び家族の課税資料等を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>																						

別記第2号様式(第4条関係)

(おもて)

必ず健康保険証を添えて窓口へ

乳 乳幼児医療費受給資格証	
公費負担者番号	
受給者番号	
受給資格者	氏名
	住所
乳幼児	氏名
	生年月日
	住所
有効期間	
発行機関名 及び印	和歌山県西牟婁郡  上富田町長 
交付年月日	

※ 裏面をよく読んでください。


注 意 事 項

1. この証は、医療費の支給を受けるために必要とする証ですから、大切に保管してください。
2. 医療機関等において診療を受ける場合は健康保険証に添えて、この証をその窓口に提示してください。
3. 医療費の支給の申請をするときは、医療機関等の領収書・印鑑とこの証を持参してください。
4. 次のようなときには必ず届出をしてください。
  - (1) この証に記載している事項に変更があったとき
  - (2) 生活保護法による医療扶助を受けるようになったとき
  - (3) 加入保険の変更等があったとき
  - (4) 転出等により資格を失ったとき
  - (5) この証を破ったり、汚したり又は紛失したとき
5. 偽りその他不正の行為により医療費の支給を受けたときには費用の返還を求められることがあります。
6. 保険外診療は別に費用がかかります。

別記第3号様式(第4条関係)

(おもて)

必ず健康保険証を添えて窓口へ

③ 子ども医療費受給資格証	
公費負担者番号	
受給者番号	
受給資格者	氏名
	住所
子ども	氏名
	生年月日
	住所
有効期間	
発行機関名 及び印	和歌山県西牟婁郡  上富田町長 
交付年月日	

※ 裏面をよく読んでください。

別記第3号様式(第4条関係)

(うら)

注 意 事 項

1. この証は、医療費の支給を受けるために必要とする証ですから、大切に保管してください。
2. 医療機関等において診療を受ける場合は健康保険証に添えて、この証をその窓口に提示してください。
3. 医療費の支給の申請をするときは、医療機関等の領収書・印鑑とこの証を持参してください。
4. 次のようなときには必ず届出をしてください。
  - (1) この証に記載している事項に変更があったとき
  - (2) 生活保護法による医療扶助を受けるようになったとき
  - (3) 加入保険の変更等があったとき
  - (4) 転出等により資格を失ったとき
  - (5) この証を破ったり、汚したり又は紛失したとき
5. 偽りその他不正の行為により医療費の支給を受けたときには費用の返還を求められることがあります。
6. 保険外診療は別に費用がかかります。



別記第4号様式(第6条関係)

決 裁	課長	企画員	課長補佐	係長	主査/主事	登録	年 月 日	受付印
						決定	年 月 日	
						発行	年 月 日	
						回収	年 月 日	
※ 備 考								

福祉医療受給資格者証再交付申請書

- ◎ 医療費助成区分：  子ども  ひとり親  重身(若人)  重身(後期)  老人  
 ◎ 再交付事由：  紛失  破損  その他( )  
 ◎ 異動年月日： 年 月 日

受給資格者 証番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	
			個人番号	
			年	月 日
			年	月 日
			年	月 日
			年	月 日
住 所	上富田町			
<p>上富田町長 様</p> <p>上記の理由により福祉医療受給資格者証の再交付を申請します。                      受給資格者証の再交付後、以前の受給資格者証を発見したときは直ちに返還します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____                      氏名 _____ 印                      電話番号 _____</p>				

別記第5号様式(第7条関係)

福祉医療医療費支給申請書

◎ 医療費助成区分 :  子ども  ひとり親  重身(若人)  重身(後期)  老人

受給資格者証番号	第	号	加入 保 険	被保険者 氏名	
フリガナ	-----			保険種別	国保・社保・後期高齢
受給資格者氏名				記号・番号	
性別	男・女			保険者名 (付加給付)	(有・無)
生年月日		年 月 日			
個人番号					
診療年月		年		月診療分	
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 以前、医療費を申請したときの口座を利用する(下記記入不要)				
	銀行・農協 金庫・( )			店・支所 ( )	
	普通・当座( )			口座番号	
	フリガナ			-----	
口座名義人					
上富田町長 様 上記のとおり、支給申請します。					
年 月 日					
申請者 住所 _____					
氏名 _____ 印 _____					
電話番号 _____					

審査結果	診療区分	件数	金額	診療区分	件数	金額
		医科入院	件	円	調剤	件
	医科外来	件	円	柔整・鍼灸	件	円
	歯科	件	円	補装具	件	円
	付加給付	有・無	円	支給決定額	件	円
備考	(町単独該当分 件 円)					

別記第6号様式(第7条関係)

福祉医療医療費助成診療報酬請求明細表

年 月請求分

医療費助成区分： 子ども  ひとり親  重身(若人)  重身(後期高齢)  老人

受給資格者証 記号番号	受診者氏名	負担 割合	費用総額		自己一部 負担金	医療費 請求額	保 険 証 記号番号	保険種別	備 考
			点 数	金 額					
		割	点	円	円	円		国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	
								国・社	

医療費を上記のとおり請求します。  
年 月 日

医療機関

㊦

振込先 口座	銀行・農協 ( )	支店・支所 ( )	口座番号	フリガナ 口座名義人	
-----------	--------------	--------------	------	---------------	--



別記第8号様式(第8条関係)

決 裁	課長	企画員	課長補佐	係長	主査/主事	登録	年 月 日	受付印
						決定	年 月 日	
						回収	年 月 日	
						証処理	年 月 日	
※ 備 考								

福祉医療受給資格者喪失届出書

- ◎ 医療費助成区分：子ども ひとり親 重身(若人) 重身(後期) 老人
- ◎ 喪失事由：死亡 転出 生保開始 年齢到達 再婚  
等級変更 その他( )
- ◎ 異動年月日： 年 月 日

受給資格者 証番号	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日		
			個 人 番 号		
		男・女	年	月	日
		男・女	年	月	日
		男・女	年	月	日
		男・女	年	月	日
		男・女	年	月	日
住 所					
転出先住所					
上富田町長 様 上記のとおり喪失しましたので届出します。 年 月 日					
申請者		住所 _____			
		氏名 _____ 印 _____			
		電話番号 _____			

別記第1号様式(第3条関係)

別記第2号様式(第4条関係)

別記第3号様式(第4条関係)

別記第4号様式(第6条関係)

別記第5号様式(第7条関係)

別記第6号様式(第7条関係)

別記第7号様式(第8条関係)

別記第8号様式(第8条関係)