

○砺波市子育て支援医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年11月1日

砺波市規則第59号

改正 平成20年9月18日砺波市規則第24号

平成24年6月26日砺波市規則第42号

平成26年9月22日砺波市規則第17号

平成28年3月31日砺波市規則第10号

平成30年9月21日砺波市規則第11号

(趣旨)

第1条 この規則は、砺波市子育て支援医療費の助成に関する条例（平成16年砺波市条例第95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。

(保険医療機関等)

第2条 条例第2条第7項に規定する規則で定める者は、次のとおりとする。

- (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) 前号に掲げるもののほか市長が認めた者

(受給資格の登録等)

第3条 条例第4条の規定による助成を受けようとする対象者の保護者は、子育て支援医療費受給資格登録（変更）申請書（様式第1号。以下「登録申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出し、受給資格の登録を受けなければならない。

- (1) 被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「保険証」という。）
- (2) 養育者の前年（第5条に定める有効期間の始期が1月1日から9月30日までのある場合は、前々年）の所得の状況又は課税の状況を証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 受給資格の登録は、助成の対象となる期間において対象者又は養育者が条例第4条ただし書に掲げる事由に該当しない間は継続するものとする。

3 対象者が本市の他の条例による医療費の助成を受けることになったときは、受給資格の登録を取り消すものとする。

4 保護者は、市長から、受給資格の確認のために必要な書類の提出を求められたときは、速やかにこれを提出しなければならない。

(受給資格証等の交付)

第4条 市長は、前条の規定により登録した対象者の保護者に対し、子育て支援医療費受給資格証(様式第2号。以下「受給資格証」という。)及び福祉医療費請求書(様式第3号)又は子育て支援医療費(償還払)助成申請兼請求書(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。また、助成を受ける資格を有しないと認められたときは、子育て支援医療費受給資格登録申請却下通知書(様式第5号)により通知する。

(有効期間)

第5条 受給資格証の有効期間の始期は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日とする。

(1) 出生、転入等により対象者となった日(以下「事由発生日」という。)から15日以内に市において登録申請書を提出した場合 事由発生日

(2) 事由発生日から15日を超えて市において登録申請書を提出した場合 事由発生日又は登録申請書を提出した日の属する月の初日のいずれか遅い日

2 受給資格証の有効期間の終期は、次の各号に掲げる場合に応じ、それぞれ当該各号に定める日とする。

(1) 対象者が市の区域内から他の市町村に転出した場合 当該市の区域内に住所を有しなくなった日

(2) 対象者が死亡した場合 死亡の日

(3) 各法に基づく被保険者、組合員若しくは加入者の資格又は被扶養者の資格を喪失した場合 当該資格を喪失した日の前日

(4) 対象者が生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による保護の決定を受けた場合 当該決定を受けた日

(5) 対象者が本市の他の条例による医療費の助成を受ける資格を取得した場合 当該資格を取得した日の前日

(受給資格証の提示等)

第6条 保護者は、その保護する対象者が医療を受けるときは、保険医療機関等に受給資格証及び保険証を提示し、福祉医療費請求書（様式第3号）を提出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7条 条例第6条の規定による助成額の支払は、保険医療機関等から提出された当該医療に係る福祉医療費請求書（様式第3号）に基づき行うものとする。この場合において、保険医療機関等に支払う助成額の審査及び支払事務は、市長が富山県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

（償還払い）

第8条 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乳児、幼児及び児童の保護者は、子育て支援医療費（償還払）助成申請兼請求書（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したとき、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。ただし、通帳の印字等により当該助成額が確認できる場合は、その通知を省略することができる。

（変更申請等）

第9条 条例第7条第1項の規定により、受給資格証の交付を受けた保護者は、住所、氏名又は加入している医療保険に変更があったときは、遅滞なく第3条の規定に準じた申請措置をとらなければならない。

2 保護者は、対象者が受給資格を喪失した場合は、速やかに受給資格証等を市長に返還しなければならない。

（添付書類の省略）

第10条 市長は、この規則の規定により申請書又は届出に添えて提出する書類等について、証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。

（受給資格証の再交付）

第11条 受給資格者は受給資格証を破り、汚し、又は失った場合は、市長に受給資格証の再交付を申請することができる。

2 受給資格証を破り、又は汚した場合の前項の申請には、その受給資格証を添えなければならない。

（諸帳簿の整理）

第12条 市長は、医療費の助成状況を明らかにするため、必要な帳簿を備え、常に整備しなければならない。

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成16年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の砺波市乳児及び幼児医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年砺波市規則第18号）又は庄川町乳児及び幼児医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年庄川町規則第3号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年9月18日砺波市規則第24号）

(施行期日)

1 この規則は、平成20年10月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

2 この規則の施行日前に交付した受給資格証については、平成20年9月30日をもって失効するものとする。

附 則（平成24年6月26日砺波市規則第42号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の砺波市子育て支援医療費の助成に関する条例施行規則の規定は平成24年4月1日から適用する。

附 則（平成26年9月22日砺波市規則第17号）

(施行期日)

1 この規則は、平成26年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の砺波市子育て支援医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の医療に係る医療費の助成について適用し、同日前の医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成28年3月31日砺波市規則第10号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年9月21日砺波市規則第11号）

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

様式第1号(第3条関係)

※登録番号	富08										1	2	3	4	5	6					
	保 険 区 分	社 会 保 険 者	社 会 保 険 者	国 一 般 保 険 者	国 保 ・ 退 職 者	国 保 ・ 退 職 者	国 保 ・ 退 職 者	国 保 組 合													
※決裁	課長	係長	合議	主務	受 付			年 月 日													
					伺			年 月 日													
					決 定			年 月 日													
					発 行			年 月 日													
※ 受給資格証交付 要・否 (理由)																					
子育て支援医療費受給資格登録(変更)申請書																					
こども	個人番号											生年月日		年 月 日							
	フリガナ																				
	氏 名											男 女									
	住 所																				
保護者	個人番号											続 柄									
	氏 名																				
加入保険	保険種別	国 保 ・ 協 会 ・ 組 合 ・ そ の 他 ()																			
	記号番号											被保険者名									
	保険者名											資格取得年月日		年 月 日							
養育者	住 所																				
	個人番号											続 柄									
	氏 名																				
	児童手当の受給の有無										(有・無) ※有の場合、以下の欄は記入不要										
	加入している年金等の年金手帳、組合員証又は加入者証の記号・番号										第 号		課 渡 所 得		有 ・ 無						
	ア. 厚生年金保険					イ. 地方公務員等共済					扶養親族等及び児童の数					人					
	イ. 私立学校教職員共済					オ. 国民年金					うち70歳以上の同一生計配偶者					人					
	ウ. 国家公務員共済					カ. その他()					及び老人扶養親族の合計数					人					
	被用者又は公務員であるか否かの別					ア. 被用者又は公務員					所得の状況					平成 年分所得額					
	イ. 被用者等でない者										円										
	※審査		年分所得の合計額																		
	控除	雑損控除額					医療費控除額					小規模企業共済等掛金控除額					円				
		円					円					円					円				
		障害者控除額					障 人・特障 人					寡婦・寡夫・勤労学生控除					円				
円					円					円					円						
児童手当法施行令第3条第1項による控除					円					円					円						
控除後の所得額					円					所得制限限度額					円						
										児童手当					円						
										特別給付					円						
上記の通り子育て支援医療費受給資格登録(変更)の申請をします。 なお、申請に必要な範囲で、地方税関係情報を確認することに同意します。 年 月 日																					
申請者 (保護者)										住所 砺波市											
										氏名											
砺波市長										あて (連絡先 TEL)											

※欄は市で記入します。

様式第2号(第4条関係)

子育て支援医療費受給資格証

記号・番号	富08 —
住 所	
(保 護 者) 氏 名	
こ ども	(氏 名)
	(生年月日)
有 効 期 間	自 年 月 日
	至 年 月 末日
年 月 日	
碓波市長	
印	

注 意 事 項

1. この証は、子育て支援医療費の助成を受けることのできる証ですから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、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
4. 次のことが生じたときは、必ず市役所に届け出てください。
 - (1) 保護者又は、対象乳児、幼児及び児童が死亡したとき。
 - (2) 保護者又は、対象乳児、幼児及び児童が生活保護法による保護を受けることになったとき。
 - (3) 保護者及び乳児、幼児及び児童の住所を変更したとき、又は加入保険に変更があったとき。
 - (4) 受給資格証をなくしたとき。
5. 県外(幼児及び児童にあっては市外)の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされます。この場合は、お金を支払い、領収書(保険診療点数等を明記してあるもの)をもらってください。その後、市役所へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。
6. 有効期間が終了した後は、この証及び手もとにもっている福祉医療費請求書を使用することは出来ません。

様式第3号(第4条、第6条、第7条関係)

給付割合	9・8・7
------	-------

1	2	医療費区分	1	2	3	7	8	9	0	保険区分	1	2	3	4	5	6			
入院	入院外		子	妊(高血圧症候群)	妊(糖尿)	妊(貧血)	妊(産科出血)	妊(心疾患)	妊(切迫早産)		社被保者	社被扶養保者	国一般被保者	国被保・退職者	国被扶養・退職者	国保組合			

福祉医療費請求書

市町村コード

0	0	8
---	---	---

年 月 日

砺波市長

あて

医療機関コード _____

医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名



平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	富08 一	氏 名	1. 男 2. 女
受給期限	年 月 末日	生年月日	3. 昭和 4. 平成
保険者番号		被保険者証 記号番号	

総 点 数	公 費 負 担 点 数	決 定 請 求 額
点	点	円
(貧血の血色素 g/dl)		

- (注) 1. この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
 2. 医療費区分、保険区分及び給付割合は該当するものを○でかこんでください。
 3. 医療費区分の妊婦(貧血)の場合は、申請時の血色素g数を記入ください。
 4. 公費負担点数欄には、対象点数を記入し、決定請求額欄には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期高額疾病、自立支援医療(精神通院、更生、育成医療)等)
 5. 結核医療については、総点数欄の上段にその点数を()書きで記入してください。
 6. 高額療養費現物給付を行った場合は、窓口での支払金額を決定請求額欄に記入ください。

入院・通院日数
日

様式第4号(第4条、第8条関係)

子育て支援医療費(償還払)助成申請兼請求書						年 月 日	
砺波市長 あて							
〒							
申請・請求 住 所 砺波市							
及び依頼者 氏 名						㊦	
(保護者)							
(連絡先 TEL)	
次のとおり助成金を申請します。							
また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。							
こ ど も	受給資格証 記号番号	富08 ー		加 入 保 険	被保険者証 記号・番号		
	氏 名				保 険 種 別	国保・協会・組合・その他()	
	生年月日	年 月 日			保険者番号		
年 月分 保険診療領収証明書(入院・通院)							
こ ども 氏 名				診 療 日 数	日 間		
保険診療合計点数 (食事療養費除く)		点	医療保険等負担点数 (食事療養費除く)	点	他法による 公費負担額	点	
申請者からの領収額 (食事療養費除く)		円 左記金額には保険診療以外は含まれていません。					
診 療 科 目				年 月 日			
上記のとおり領収したことを証明します。医療機関等の所在地及び名称							
医療機関コード							
開設者氏名							
㊦							
※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額	控 除 額				交 付 決 定 額	
	円	保険等負担分 円	他法公費負担分 円	一部負担金 円	附加給付分 円		計 円
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(保護者のもの)						
<p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none"> この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村から助成を受ける場合に使います。 (県外の病院等の場合) 病院等でもらった領収書(太枠の欄に準じた項目が記載されたもの。)を添付してください。ただし、領収書を紛失した場合等は、病院等で太枠欄に記載してもらってください。(なお、病院等での記載に際し、別に費用がかかることがありますので事前に確認してください。) 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行なってください。 ※欄は、市町村で記入します。 							

保護者記入欄

保護者記入欄

様式第5号(第4条関係)

第 号
年 月 日

様

砺波市長

印

子育て支援医療費受給資格登録申請却下通知書

年 月 日付で請求のありました医療費受給資格について審査しましたが、下記の理由で子育て支援医療費助成事業の対象となりませんので通知します。

なお、この決定に不服のあるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に砺波市長に対して審査請求をすることができます。さらに、この決定の取消しを求めると訴え(取消訴訟)は上記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日から6箇月以内に砺波市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)提訴することができます。

登録申請却下に関する事項	
却下した理由	
備考	