

○砺波市ひとり親家庭等の医療費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60号

改正 平成20年3月31日砺波市規則第5号

平成21年3月30日砺波市規則第4号

平成30年9月21日砺波市規則第12号

(趣旨)

第1条 この規則は、砺波市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成16年砺波市条例第96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。

(受給資格証の交付申請)

第2条 条例第4条第1項の規定による申請は、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請書（様式第1号。以下「交付申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。ただし、児童扶養手当証書を提示した場合は、書類の添付を省略することができる。

(1) 戸籍の謄本又は抄本

(2) 世帯の全員の住民票の写し

(3) 条例第3条第2項に規定する者の前年（1月1日から9月30日までの間に、新たに申請をする場合については、前々年）の所得の状況又は課税の状況を証する書類

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の申請には、医療保険各法の規定による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「保険証」という。）を提示しなければならない。

(受給資格証等の交付)

第3条 条例第4条第1項に規定する証票は、ひとり親家庭等医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）によるものとする。

2 市長は、前項の受給資格証を交付する際に、福祉医療費請求書（様式第3号）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するものとする。

(受給資格を有しない者への通知)

第4条 市長は、条例第4条第1項の申請をした者のうち受給資格を有しないと認める者に対し、その旨をひとり親家庭等医療費受給資格に関する通知書（様式第5号）により通知するものとする。

（受給資格証の有効期間）

第5条 受給資格証の有効期間は、交付を受け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、次の各号のいずれかに該当する場合の受給資格証の有効期間は、当該各号に掲げる日までとする。

（1） 受給資格者が市内に住所を有しなくなった場合 市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） 受給資格者（養育者を除く。）が婚姻した場合 婚姻した日の前日

（4） 前3号に掲げる場合のほか、受給資格を欠くに至った場合 受給資格を欠くに至った日

（受給資格証の更新申請）

第6条 受給資格証の更新を受けようとする者は、8月1日から同月31日までの間に、交付申請書に第2条に掲げる書類を提示又は添付して、市長に受給資格証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7条 受給資格者は、受給資格証を破り、汚し、又は失ったときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書（様式第6号）により市長にその再交付を申請することができる。

2 受給資格証を破り、又は汚した場合は、前項の申請書に、その受給資格証を添付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8条 条例第6条の規定による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。

（療養費払）

第9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場合は、ひとり親家庭等医療費（療養費払）助成申請書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。

(対象の給付)

第10条 条例第5条第1項に規定する規則で定める給付は、次のとおりとする（入院時の食事療養及び生活療養に要した費用を除く。）。

- (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

(保険医療機関等)

第11条 条例第4条第2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) 前各号に掲げる者のほか市長が認めた者

(届出等)

第12条 条例第7条に規定する届出は、次の各号に掲げた場合に依り、当該各号に掲げる届書によるものとする。

- (1) 条例第7条第1号に該当した場合 ひとり親家庭等医療費受給資格内容変更届（様式第7号）
- (2) 条例第7条第2号に該当した場合 ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（様式第8号）
- (3) 条例第7条第3号に該当した場合 第三者の行為による被害届（様式第9号）

2 条例第7条第1号に規定する規則で定める事項とは、次に掲げる事項とする。

- (1) 加入保険の変更
- (2) 医療に関する給付内容の変更
- (3) 被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号の変更

(受給資格証の返還)

第13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市長に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に該当しなくなった場合
- (2) 受給資格証の有効期間が満了した場合
- (3) 第7条の規定により受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見した場合

(添付書類の省略)

第14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って確認ができるときは、当該書類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、合併前の砺波市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則（平成5年砺波市規則第25号）又は庄川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する規則（平成5年庄川町規則第4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3月31日砺波市規則第5号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 施行の前日に行われた医療にかか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21年3月30日砺波市規則第4号）

この規則は、平成21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21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2系関係)

※	課長	係長	合議		主務	受付	年	月	日	
決裁						決定	年	月	日	
						発行	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証交付申請書										
砺波市長							あて		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受給資格証の交付を申請します。 なお、申請に必要な範囲で、世帯に係る地方税関係情報を確認することに同意します。										
受給資格者	区分	個人番号			住所	※受給資格番号	※有効期間			
	母又は父 養育者	氏名	続柄	生年月日				年 月 日		
	児童		本人	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 逸棄 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									
公的年金等の受給状況	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		扶養義務者				
扶養親族等控除		氏名()		氏名()		氏名()				
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族等の数)		人(老人)(特 人)		人(老人)		人(老人)				
所得金額		円		円		円				
控除	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		人		人			
	特別障害者である控除配偶者 及び扶養親族の数		人		人		人			
除	障害者・特別障害者・老年者・ 寡婦・勤労学生の特		障・特障・ 老・寡・特差・勤		障・特障・ 老・寡・特差・勤		障・特障・ 老・寡・特差・勤			
	配偶者特別控除		円		円		円			
	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	政・組・日・船・共・国				
	保険者名		被保険者 記号番号		付加給付	有・無				

様式第2号(第3条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費受給資格証				
住 所				
受給資格番号	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 日から 年 月 日まで			
発行機関 名及び印	姫波市長			
交付年月日	年 月 日			

注 意 事 項

- 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から大切に保管してください。
- この証は、保険診療のみに適用されます。
- この証は、診療を受けるとき、保険証(又は組合員証)と一緒に病院等の窓口へ提出してください。
- この証に記載してある事項に変更があった場合には、速やかにこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
- 受給資格がなくなったとき、又は有効期間を経過したときは、速やかに市町村長に返還してください。
- 県外の病院等の場合、窓口で医療費を請求されることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書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。

給付割合 9・8・7

1	2	医療費区分	6	保険区分	1	2	3	4	5	6	9			
入院	入院外		⑧		1	2	3	4	5	6	9			
					社被保者	社被扶養保者	国被一般被保者	国被保・退職者	国被保・退職者	国被扶・養者	国保組合	後期高齢者		
福祉医療費請求書														
市町村コード		<input type="text"/>		年 月 日		医療機関コード								
〒				碓波市長 あて										
医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名												⑨		
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				氏名										
受給期限	年 月 日			生年月日	年 月 日									
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						

- (注) 1 この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
- 2 給付割合は、該当する割合を○でかこんでください。
- 3 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)
また、入院の高齢受給者の患者負担額がある場合も決定請求額欄に記入してください。
- 4 結核医療については、総点数の上段にその点数を()書きで記入してください。
- 5 入院に係る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してください。

様式第4号(第3条関係)

※ 決 裁					保 険 区 分	1	2	3	4	5	6	9		
						社 保 保 者	社 保 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者	国 保 保 険 者	国 保 扶 養 保 険 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 円	控 除 額						交 付 決 定 額						
		社会保険等負担分		公費負担その他の分		計						円		
<p style="text-align: center;">ひとり親家庭等医療費(療養費払)助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">砺波市長 あて</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 (母又は父、養育者) 氏名 ㊟</p> <p>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。</p>														
受給資格証 記号番号					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		保険者番号								
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							
一部負担金額収額				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)														
<p>(注)1 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)</p> <p>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。</p> <p>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 収書もらった場合、これにかえることができます。</p> <p>4 ※欄は市で記入します。</p>														

様式第5号(第4条関係)

年 月 日

申請者

様

砺波市長

印

ひとり親家庭等医療費受給資格に関する通知書

年 月 日付けで申請のありましたひとり親家庭等医療費受給資格について
審査しましたが、次の理由で該当しませんので通知します。

(理由)

様式第6号(第7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を 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 style="text-align: right;">⑩</p> <p>砺波市長 あて</p>						

様式第7号(第10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。					
年 月 日					
申請者 住 所 氏 名					
㊟					
砺波市長 あて					

様式第8号(第10条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届		
		年 月 日
砺波市長	あて	
	届出者	住所 氏名
		①
次のとおり資格喪失したので、受給資格証を添えて届けます。		
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、児童福祉施設に入所した。 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	
受給資格証記号、番号氏名	記号番号	
	氏名	

様式第9号(第10条関係)

第三者の行為による被害届					年	月	日
礪波市長		あて		住所			
		届出者		氏名		㊟	
被害者	受給資格証の記号番号			受給者名(被害者名)			
加害者	住所			氏名	電話番号		
加害者の使用者	住所			氏名	電話番号		
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				治療までの見込み	入院通院診療費総額	円	円
診療を受けた医師名	当初	住所			氏名	電話番号	
	転医後	住所			氏名	電話番号	
自動車事故の場合	自動車番号						
	自動車損害賠償責任保険契約会社						
損害賠償に関する交渉の経過							