

○大津町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則

昭和57年3月17日

規則第4号

改正 平成12年11月10日規則第23号

平成19年3月30日規則第19号

平成23年12月26日規則第11号

(趣旨)

第1条 この規則は、大津町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例（昭和57年条例第7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。

(受給資格の申請)

第2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受給資格証交付（更新）申請書（様式第1号）により行わなければならない。

(受給資格証の交付等)

第3条 条例第7条の規定による受給資格証は、様式第2号による。

2 町長は、受給資格証を交付したときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳（様式第3号）に登録しなければならない。

3 町長は、受給資格がないと認めたときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請（更新）申請却下通知書（様式第4号）により、その旨を申請者に通知するものとする。

4 条例第7条第2項に規定する受給資格証の更新の手続きは、毎年8月1日から9月20日までに行わなければならない。

5 受給資格証の有効期間が満了したとき又は受給資格証に記載された受給資格者のすべての者が受給資格を失ったときは、受給資格証を速やかに町長に返還しなければならない。

(再交付)

第4条 受給資格者は、受給資格証を破損又は亡失したときは、町長に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）により再交付を申請しなければならない。

(給付の申請)

第5条 条例第10条に規定する申請は、月1回ひとり親家庭等医療費助成申請書兼請求書（様式第6号）により行うものとする。

2 前項の申請は、原則として当該月分を翌月末日までに行わなければならない。
（給付の決定等）

第6条 条例第11条の規定により助成金を決定したときは、ひとり親家庭等医療費助成決定通知書（様式第7号）により、給付不相当と認めたときは、ひとり親家庭等医療費助成却下通知書（様式第8号）により、申請者に通知するものとする。
（届出の義務）

第7条 条例第12条に規定する届出事項は、次の各号に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者又は保護者等の住所、氏名
- (2) 被保険者名
- (3) 保険者名又は組合名
- (4) 保険証の記号番号
- (5) 附加給付金の内容
- (6) 受給資格の該当要件
- (7) 受給資格者のうち一部のものに係る資格喪失
- (8) その他必要な事項

2 前項各号に掲げる事項に係る届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格変更届（様式第9号）により行わなければならない。

3 条例第12条に規定する受給資格を失ったときの届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（様式第10号）により行わなければならない。

（助成金の返還）

第8条 条例第13条の規定による助成金の返還通知は、ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書（様式第11号）により行うものとする。

（雑則）

第9条 この規則の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、昭和57年4月1日から施行する。

附 則（平成12年11月10日規則第23号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成19年3月30日規則第19号）

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 平成19年4月1日前に行われたこの規則による改正前の医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成23年12月26日規則第11号）

この規則は、平成24年1月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

大津町長 様

住 所
氏 名 印
電話番号

下記のとおり交付(更新)されますよう申請します。

助 成 象 対 者	氏 名	続柄	生年月日	同居・別居
保 險	被 保 険 者 氏 名		記 号 番 号	
	医療保険名	政・船・私・国・地	保険者名称	
	資格取得日		付 加 給 付	有 ・ 無
支 払 希 望 金 融 機 関	銀 行 名		支 店 名	
	口 座 番 号		口 座 名 義	
所 得 額			児 童 扶 養 手 当 記 号 番 号	

※決定欄					
該 当 要 否	該 当	ア 死亡 ウ 遺棄 オ 障害 キ 未婚の母 ク その他()	イ 離婚 エ 生死不明 カ 拘禁	非 該 当	ア 結婚(再) イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者がいるようになった オ その他()

※この欄は、記入しないでください。

別紙1

ひとり親家庭等であることの申立書及び証明書					
<p>私は、大津町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例第2条第1項に定めるひとり親家庭の父又は母である旨下記のとおり申立てます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 ㊟</p>					
ひとり親家庭となった時期	年 月 日				
ひとり親家庭となった原因	<p>1 配偶者と死別</p> <p>2 配偶者と離婚</p> <p>3 配偶者が生死不明</p> <p>4 配偶者が遺棄</p> <p>5 配偶者が海外在住(扶養不可能な場合)</p> <p>6 配偶者が障害 長時間労働能力欠如</p> <p>7 配偶者が長期拘禁</p> <p>8 婚姻によらない母</p> <p style="text-align: right;">年 月 日以降</p>				
該当欄を○で囲んでください					
監護している20歳未満の子	続柄	氏名	生年月日	学校学年又は職 業	別居の場合は住所
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
<p>上記申立てのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">地区児童(民生)委員 氏 名 ㊟</p> <p>大津町長 様</p>					

別紙2

父母のない児童であることの申立書及び証明書						
<p>私は、大津町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例第2条第3項に定める父母のない児童である旨下記のとおり申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者 住所 氏名 ㊟</p>						
父母のない児童となった時期	年 月 日					
父母のない児童となった原因 [該当欄を○で囲んでください。]	1 父母の死亡 2 父母の生死不明 3 父母が遺棄		} 年 月 日以降			
扶養している児童	続柄	氏名	生年月日	学校・学年 又は職等	別居の場合は住所	
[18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者]			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">地区児童(民生)委員 氏名 ㊟</p> <p>大津町長 様</p>						

様式第2号(第3条関係)

大津町ひとり親家庭等医療費受給資格証				
資格証番号	受給者	氏名		
		住所		
助成対象者	氏名	生年月日	非該当年月	
有効診療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
大津町長		印		
交付年月日	年 月 日			

注 意 事 項

- (1) この証は、お医者さんにかかるときに、被保険者証といっしょに窓口へ提出してください。
- (2) 加入保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは速やかに役場に届出てください。
- (3) 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは役場に届出てください。
- (4) 死亡、転出等により受給資格を失ったときは、直ちにこの証を返還してください。
- (5) この証は他人に貸したり、譲渡したり又は担保にはいけません。
- (6) 偽りその他不正為で助成を受けたときは、費用を返還させることがあります。

様式第3号(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳

資格証番号			申請書受理年月日				資格証交付 (更新)	受領印
(フリガナ) 受給者	男女	住	所					
勤務先名称			勤務先住所					
受給資格者	氏名	続柄	生年月日	性別	同居・別居	備考	(上段)取得日 (下段)喪失日	
加入医療保	被保険者氏名		保険名	名称・所在地		附加	口座情報	
	記号番号							
受給資格者以外名 備考	氏名		続柄		氏名		続柄	

様式第4号(第3条関係)

第 号

年 月 日

様

大津町長



ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請却下通知書

年 月 日付けで申請されたひとり親家庭等医療費助成に関する規則による受給資格証交付申請につきましては、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

(理 由)

様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書	
年 月 日	
大津町長 様	
申請者	住所 氏名 ㊟
受給資格証書番号	
再交付を受ける理由(具体的に)	
ア 破 損	
イ 亡 失	
ウ その他	

(注) 破損(汚損)した場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。

様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書兼請求書

年 月 日

大津町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電 話

年 月分医療費の給付を受けたく申請・請求します。

申請者が記入する欄	申請額	円	加入保険	被保険者氏名	
	受給資格証番号			保険証記号番号	
				保 険 名	
	受診者	氏 名		同一世帯で当該月に医療を受けた者の氏名	
	生年月日				

医療機関等で記入する欄	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明 *入院時食事療養費を除く			
	診療年月： 年 月分	患者名		
		保険診療総点数	診療報酬一部負担金	
	外 来 日	点	円	
	入 院 日	点	円	
	上記の金額を受領しました。 年 月 日			
	医療機関 所在地 名 称 氏 名 印			
	診療年月： 年 月分	患者名		
		保険診療総点数	診療報酬一部負担金	
	調 剤 日	点	円	
上記の金額を受領しました。 年 月 日				
調剤薬局 所在地 名 称 氏 名 印				

町記入欄	給 付 決 定 額			
	一部負担金	高額療養費	附加給付額	給付額
	円	円	円	円

※申請書提出の際は、必ず受給資格証をご持参ください。

様式第7号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

大津町長

印

ひとり親家庭等医療費助成決定通知書

先に申請のありました医療費助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

決定額	
支払予定日	
支払方法	
口座	

支給対象医療費

診療月	医療機関名	助成対象者氏名		助成額
		高額療養費	附加給付額	自己負担額

様式第8号(第6条関係)

第 号

年 月 日

様

大津町長



ひとり親家庭等医療費助成却下通知書

年 月 日付けで申請(請求)されたひとり親家庭等医療費助成金の給付については、下記の理由により給付できないので通知します。

記

理 由

様式第9号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届	
年 月 日	
大津町長 様	
届出人 住 所 氏 名 ㊟	
受 給 資 格 証 番 号	
変 更 事 項 名	変 更 前
1 氏 名 2 住 所 3 加入医療保険 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容 4 受給資格の該当要件 5 受給資格者のうち一部の者に 係る資格喪失 6 その他	変 更 後
変 更 年 月 日	年 月 日

(注) この届には、受給資格証、被保険者証等を持参すること。

様式第10号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届 年 月 日 大津町長 様 届出人 住 所 氏 名 ㊟	
受給資格証番号	
資格喪失理由	1 他市町村に転出 2 ひとり親家庭等でなくなった 3 死 亡 4 被保険者でなくなった 5 その他()
資格喪失年月日	年 月 日

(注) この届は、受給資格者のすべての者の資格がなくなつたときに受給資格証を添えて提出して下さい。

様式第11号(第8条関係)

第 号

年 月 日

様

大津町長



ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書

さきに支給した医療費助成金については、下記のとおり返還してください。

記

1 医療費

支給年月日	支給金額	返還金額
年 月 日	円	円

2 返還理由

3 返還金納付期限

年 月 日

4 返還金納付場所

- 様式第1号 (第2条関係)
- 様式第2号 (第3条関係)
- 様式第3号 (第3条関係)
- 様式第4号 (第3条関係)
- 様式第5号 (第4条関係)
- 様式第6号 (第5条関係)
- 様式第7号 (第6条関係)
- 様式第8号 (第6条関係)
- 様式第9号 (第7条関係)
- 様式第10号 (第7条関係)
- 様式第11号 (第8条関係)