

○九度山町ひとり親家庭医療費の支給に関する規則

平成18年9月29日規則第14号

改正

平成27年3月17日規則第5号
平成28年11月25日規則第16号
平成29年8月21日規則第18号
平成30年3月16日規則第2号
令和2年6月30日規則第24号
令和3年7月13日規則第7号

九度山町ひとり親家庭医療費の支給に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、九度山町老人等医療費の支給に関する条例（平成18年九度山町条例第17号。以下「条例」という。）のうち条例第2条第4号に定めるひとり親家庭医療費に関する必要な事項を定めるものとする。

(受給資格者の認定等)

第2条 条例第21条第1項の規定による申請書は様式第1号とする。

2 前項の申請書には次に掲げる書類を添付しなければならない。

(1) 児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第3条第2項各号に掲げる公的年金各法による遺族年金、母子年金等の公的年金又は同法による児童扶養手当の支給を受けている者は、年金証書又は手当証書

(2) 前号に定める公的年金又は児童扶養手当の未支給者にあつては、次に掲げる書類

ア 戸籍謄本

イ 世帯全員の住民票の写し

ウ 申請者及び申請者と同居する扶養義務者の前年分（1月から9月までの申請の場合は、前々年度分）の所得状況又は課税状況を証する書類

エ 条例第14条第3号ウに規定する者にあつては、医師の診断書

オ 条例第14条第3号オに規定する者にあつては、刑務所、拘置所等その事実を証明する官公署の書類

カ 条例第14条第3号キに規定する者にあつては、保護命令決定書の謄本若しくは確定証明書又は児童扶養手当請求用確定証明書

キ その他民生児童委員又は町長が特に必要と認める者の証明書

3 町長は、前項の申請書を受理したときは、内容を審査の上、適当であると認めるときは、その者を受給資格者（以下「受給資格者」という。）として認定し、その者に対して受給者証（様式第2号）を交付するものとする。

4 受給者証を破損し、又は亡失したときは、受給者証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

5 受給者証を交付するときは、受給資格者認定台帳にその旨を記載しなければならない。前項の受給者証の再交付をしたときも、同様とする。

(受給資格者証の更新)

第3条 受給資格者は、受給者証を毎年9月1日から同月30日までの間に、更新申請書（様式第4号）を提出して、その更新又は検認を受けなければならない。

2 前項の更新申請書のほか、所得を確認するため、申請者及び申請者と同居する扶養義務

者の前年分の所得状況又は課税状況を証する書類を町長に提出しなければならない。

(ひとり親家庭医療費の支払)

第4条 受給資格者は、条例第23条第1項の規定によりひとり親家庭医療費の給付を受けようとするときは、ひとり親家庭医療費給付申請書(様式第5号の1)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 条例第23条第3項の規定によるひとり親家庭医療費の支給は、受給資格者の指定した金融機関への振込により支給するものとする。

3 条例第23条第4項の規定による支払は当該医療機関等の指定した金融機関への振込により行うものとする。(様式第5号の2)

(受給資格の変更等の届出)

第5条 受給資格者が次の各号に掲げる事項に該当する場合には、変更・喪失届(様式第6号)に受給者証を添えて、町長に届け出なければならない。

(1) 出生又は死亡したとき。

(2) 町外に転出したとき。

(3) 扶養又は養育の関係がなくなったとき。

(4) 医療保険各法の被保険者若しくは被扶養者でなくなったとき又は適用を受けるべき医療保険各法を異にしたとき。

(5) 氏名又は住所等受給者証の記載事項に変更があったとき。

(6) 児童が18歳に達する日以降の最初の3月31日に達したとき。

(添付書類の省略)

第6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。

(補則)

第7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27年3月17日規則第5号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年11月25日規則第16号)

この規則は、公布の日から施行し、平成28年1月1日から適用する。

附 則 (平成29年8月21日規則第18号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成30年3月16日規則第2号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則 (令和2年6月30日規則第24号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年7月13日規則第7号)

この規則は、令和3年11月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者認定申請書

令和 年 月 日

九度山町長 様

申請者 住所

氏名

印

受給資格者			性別	生年月日	続柄	資格要件
	氏名					イ 離婚
	個人番号				本人	
	氏名					ロ 死亡
	個人番号					
	氏名					ハ 廃疾
	個人番号					
	氏名					ニ 生死不明
	個人番号					
氏名					ホ 遺棄	
個人番号						
氏名					ヘ 拘禁	
個人番号						
氏名					ト 未婚の女子	
個人番号						
氏名					チ その他	
個人番号						
児童扶養手当及び公的年金の受給状況			受けている (名称)	支給停止中	申請中	受けていない
加入医療保険	被保険者	フリガナ 氏名			受給者との続柄	
	保険種別	協・組・船・共・国	被保険者証 記号番号			付加給付 有・無
	発行機関	所在地 名称			保険者番号	
振込先	金融機関名		預金種目	口座番号		口座名義
受給者番号	第 号					
給付対象者と 認めない	認める 認めない	給付対象者と認める年月日 認めない理由		令和 年 月 日		

- 注 ◎ 申請者の欄及び太枠わく内について記入してください。
 ◎ 申請時には、加入している健康保険証と印鑑が必要です。
 ◎ 口座振替の口座名義は加入医療保険の被保険者のものとします。

様式第2号

(おもて)

九 度 山 町					
ひとり親家庭医療費受給者証					
記 号 番 号		第 号			
受給資格者	住 所		伊都郡九度山町大字		
	氏 名		性別	男・女	
	生 年 月 日				
	保 険	被保険者 氏 名			
		記号	番号		
		名称			
	有効期間	氏 名	生年月日	続柄	
			. .		
			. .		
			. .		
		. .			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
年 月 日 和歌山県伊都郡九度山町					
九 度 山 町 長				印	
必ず健康保険証をそえて窓口へ					

(うら)

注 意 事 項	
1	この受給者証は、九度山町の医療費の支給に関する条例により支給を受ける証ですから大切に保管してください。
2	医療を受けられるときは、保険証といっしょに医療機関の窓口に表示してください。
3	医療費の支給の申請をするときは、領収書とこの証及び印かんを持参して福祉課までおこしてください。
4	住所や加入医療保険等が変わったり、この証をなくしたりしたときはすみやかに届け出てください。
5	つぎのようなときは、この証は使えなくなりますのですみやかに返還してください。 (1) 再婚等によりひとり親家庭でなくなったときなど (2) 町外へ転出するとき (3) 生活保護法、その他の法令等により公費負担を受けられるようになったとき (4) 有効期間が過ぎたとき
問い合わせ先 九度山町役場福祉課 TEL (0736) 54-2019番	

様式第3号(第2条関係)

決 済						受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 定	年 月 日
						発 行	年 月 日

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

九 度 山 町 長 様

申請者 住所 和歌山県伊都郡九度山町大字

氏名 印

再交付の理由		破 損、亡 失、その他()					
受 給 資 格 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	備 考		
				本 人			
加 入 医 療 保 険	被保険者	フリガナ 氏 名	-----		受給者との続柄		
	保険種別	協・組・船・共・国	被保険者証 記号番号				付加給付 有・無
	発行機関	所在地					
		名 称		保険者番号			

様式第4号(第3条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者更新申請書

平成 年 月 日

九度山町長 様

申請者 住所 和歌山県伊都郡九度山町大字

氏名 ㊞

受給者番号	第 号											
受給資格者						性別	生年月日	続柄	備考			
	氏名								本人			
	個人番号	□	□	□	□	□						
	氏名											
	個人番号	□	□	□	□	□						
	氏名											
	個人番号	□	□	□	□	□						
	氏名											
	個人番号	□	□	□	□	□						
児童扶養手当及び公的年金の受給状況			受けている 支給停止中 申請中 (名称)					受けていない				
加入医療保険	被保険者	フリガナ 氏名					受給者との続柄					
	保険種別	協・組・船・共・国		被保険者証 記号番号				付加給付 有・無				
	発行機関	所在地		名称			保険者番号					
振込先	金融機関名			預金種目		口座番号			口座名義			
給付対象者と		認める 認めない		給付対象者と認める年月日 認めない理由			平成 年 月 日					

様式第5号の1(第4条関係)

医科		歯科	調剤	入院	入院外
甲	乙				

ひとり親家庭医療費支給申請書

下記のとおり診療を受けたので、町条例の規定により申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 和歌山県伊都郡九度山町大字

氏名 _____ 印

九度山町長 様

診 療 費 明 細

加入被保険者番号		医療証記号番号	
診療を受けた者の氏名		続柄	
生 年 月 日			
病 名			
診療を受けた月		診療日数	日
保険診療による 総 点 数	点	保険診療による 自 己 負 担 額	円
診療取扱機関の所在地及び名称 所 在 地		外 来 薬 剤 一 部 負 担 額	円
		合 計 領 収 額	円
	審 査 結 果		
病 院 名		費 用 額	円
		一 部 負 担 金	円
保 険 医 氏 名		薬 剤 負 担 金	円
		附加給付等控除額	円
		支 給 金 額	円
		保 険 種 別	円
	印		

様式第5号の2の1

医科	歯科	調剤	その他		医療機関 コード番号				
<h2 style="margin: 0;">ひとり親家庭医療費請求書</h2>									
<h3 style="margin: 0;">九度山町長 様</h3>				平成 年 月 日					
医療機関等の所在地 及び名称 開設者氏名				印					
平成 年 月分のひとり親家庭医療費を下記のとおり請求します。									
No.	受給者番号	受診者氏名	診療月	国保 社保 の別	入院・入院外 診療日数又は入院日数	保険点数	※ 公費負担金額	薬剤 負担金	社保の 場合
1				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)	点	円	円	本人 家族
2				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
3				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
4				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
5				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
6				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
7				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
8				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
9				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
10				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
請求額小計		名	合計		入院 件・入院外 件	点	円		
請求額合計		名	合計		入院 件・入院外 件	点	円		
※ 支給決定額			国保		件	点	円		
			社保		件	点	円		
振込指定金融機関						口座番号		口座名義人	

○ ※は町で記入します。

ひとり親家庭医療費請求明細書

医療機関等の所在地
及 び 名 称
開 設 者 氏 名

印

平成 年 月分

No.	受給者番号	受診者氏名	診療月	国保 社保 の別	入院・入院外 診療日数又は入院日数	保険点数	※ 公費負担金額	薬 剤 負担金	社保の 場合
1				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)	点	円	円	本人 家族
2				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
3				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
4				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
5				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
6				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
7				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
8				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
9				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
10				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
11				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
12				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
13				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
14				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)				本人 家族
請求額小計		名 合計		入院 件・入院外 件		点	円		

○ ※は町で記入します。

○ 請求書に書ききれない場合に使用してください。請求額の合計は請求書の方に記入してください。

ひとり親家庭医療費受給資格者 内容等変更届
喪失

令和 年 月 日

九度山町長 様

申請者 住所 和歌山県伊都郡九度山町大字

氏名 ㊟

1. 変更届

受給資格者	氏名			資格者証記号番号															
				個人番号															
	住所	和歌山県伊都郡九度山町大字																	
変更事項	変更事由																		
		新									旧								
	住所										住所								
	受給資格者	氏名				事由				受給資格者	氏名				事由				
		個人番号					個人番号												
		氏名				事由					氏名				事由				
		個人番号					個人番号												
		氏名				事由					氏名				事由				
		個人番号					個人番号												
	氏名				事由				氏名				事由						
個人番号				個人番号															
加入保険	被保険者氏名							加入保険	被保険者氏名										
	保険証記号番号								保険証記号番号										
	保険者名								保険者名										
備考										備考									

2. 喪失届

喪失事由																	
喪失年月日	令和	年	月	日													