

○九度山町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成20年12月24日規則第18号

改正

平成23年6月24日規則第6号
平成24年4月1日規則第5号
平成28年10月14日規則第14号
平成30年3月16日規則第4号
令和3年7月13日規則第6号
令和4年12月21日規則第27号

九度山町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、九度山町子ども医療費の支給に関する条例（平成20年九度山町条例第16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。

(医療保険各法)

第2条 条例第2条に規定する医療保険各法とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(受給資格の申請)

第3条 条例第4条の規定による受給資格の認定を受けようとする者は、子ども医療費受給資格認定申請書（様式第1号）により申請するものとする。

- 2 前項に規定する申請の際には、医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。

(受給資格の認定等)

第4条 町長は、前条第1項に規定する申請を受理した場合においては、給付の要件を審査し、その結果を子ども医療費受給資格認定通知書（様式第2号）又は子ども医療費受給資格認定申請却下通知書（様式第3号）により、当該申請者に通知するものとする。

- 2 条例第5条第1項に規定する受給者証は、様式第4号によるものとする。

(受給期間)

第5条 受給期間は、受給資格要件を満たすことになった日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

(受給者証の再交付)

第6条 受給資格者は、受給者証を破損し、摩滅し又は亡失したときは、子ども医療費受給者証再交付申請書（様式第5号）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、受給者証を破損又は摩滅したことによって受給者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者証を添付しなければならない。

- 3 受給資格者は、受給者証の再交付を受けた後において亡失した受給者証を発見したときは、速やかに発見した受給者証を町長に返納しなければならない。

(子ども医療費の支給)

第7条 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、子ども医療費支給申請書（様式第6号）に医療機関等の発行する領収書等を添えて、町長に申請しなければならない。

2 条例第7条第3項に規定する支給は、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7条第4項に規定する支払に関する事務は、和歌山県国民健康保険団体連合会及び和歌山県社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。また、医療機関等への直接の支払については、子ども医療費請求書（様式第7号）により、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。

（支給の決定）

第8条 町長は、前条第1項の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該請求に係る支給の額を決定するものとする。

（受給資格の変更等の届出）

第9条 条例第8条の規定による申請内容に変更を生じた場合は、子ども医療費受給資格変更（消滅）届（様式第8号）により速やかに町長に届け出なければならない。

（支給金の返還）

第10条 条例第9条に規定する支給金の返還通知は、子ども医療費支給金返還通知書（様式第9号）により行うものとする。

（添付書類の省略）

第11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12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21年1月1日から施行する。

附 則（平成23年6月24日規則第6号）

この規則は、平成23年8月1日から施行する。

附 則（平成24年4月1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28年10月14日規則第14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30年3月16日規則第4号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（令和3年7月13日規則第6号）

この規則は、令和3年8月1日から施行する。

附 則（令和4年12月21日規則第27号）

（施行期日）

第1条 この規則は、令和5年4月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則による改正後の九度山町子ども医療費の支給に関する規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後に受ける医療費の支給について適用し、施行日前に受けた診療に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

(九度山町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則の一部改正)

第3条 九度山町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則（平成27年九度山町規則第21号）の一部を次のように改正する。

第6条第3号を削り、第4号を第3号とし、第6条各号中「就学児」を「子ども」に改める。

様式第1号 (第3条関係)

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

九度山町長 様

申請者・保護者	住所													
	フリガナ													
	氏名	個人番号												
	子どもとの続柄	電話番号												
子ども	フリガナ													
	氏名													
	住所													
	生年月日													
	学校名													
加入医療保険	被保険者	フリガナ											子どもとの続柄	父・母・その他()
		氏名												
	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		預金種別	口座番号				口座名義						
<p>(町記入欄)</p> <p>受給資格者と認める 受給資格者と認める年月日 令和 年 月 日</p> <p>受給資格者と認めない 認めない理由</p>														

- 注
- ・太枠内について記入して下さい。
 - ・申請時には、必ず子どもと被保険者が加入している健康保険証と印鑑が必要です。
 - ・口座振込の口座名義は、加入医療保険の被保険者もしくは保護者のものとします。

様式第2号（第4条、第5条関係）

様式第2号（第4条、第5条関係）

第 号
年 月 日

様

九度山町長

子ども医療費受給資格認定通知書

申請のありました子ども医療費受給資格について、審査の結果、受給資格があると認められたので通知します。

なお、子ども医療費受給者証を同封します。

（注意）この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で九度山町長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った翌日から起算して6か月以内に九度山町を被告として（町長が被告の代表者となります。）、提訴することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提訴しなければならないこととされています。

様式第3号（第4条、第5条関係）

様式第3号（第4条、第5条関係）

子ども医療費受給資格認定申請却下通知書

年 月 日

様

九度山町長

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費受給資格について、
審査の結果、下記の理由により受給資格がないと認められたので通知します。

記

理 由	
-----	--

（注意） この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で九度山町長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った翌日から起算して6か月以内に九度山町を被告として（町長が被告の代表者となります。）、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第4号 (第4条関係)

(おもて)

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">子</div> <div>子ども医療費受給資格証</div> </div>		
負担者番号		
受給者番号		
受給資格者	住所	
	氏名	
子ども	住所	
	氏名	
	生年月日	
有効期限		
発行期間名 及び印	和歌山県伊都郡九度山町大字九度山1190番地 九 度 山 町 長	
交付年月日		

他府県では使用できません。(※裏面をよく読んでください。)

注意事項

- 1 この証は、九度山町子ども医療費の支給に関する条例により医療費の給付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、この証を必ず窓口に提示してください。
- 3 この証に記載してある事項に変更があったときは、速やかに届け出してください。(住所・氏名・加入保険の変更等)
- 4 保護者又は対象の子どもが生活保護法及びその他医療制度により医療扶助を受けるようになったときも、速やかに届け出してください。
- 5 転出等により資格を失ったときは、この証を返してください。
- 6 この証を破ったり、汚したりまたは紛失したときは、再交付を受けてください。
- 7 偽りその他不正の行為により医療費の給付を受けたときには、費用の返還をさせられることがあります。

様式第5号 (第9条関係)

様式第5号 (第9条関係)

子ども医療費受給資格 **変更** 届
消滅

年 月 日

九度山町長 様

住 所
申請者
氏 名

下記のとおり届け出します。

1. 変更届

		新	旧	変更年月日	
子 ど も	住 所				
	氏 名				
	加 入	種 別			
		記号番号			
	保 険	保 険 者			
		所 在 地			
受 給 者	住 所				
	氏 名				

2. 消滅届

消滅事項	
事 由	

様式第6号 (第7条関係)

様式第6号 (第7条関係)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

九度山町長 様

住 所
申請者
氏 名

下記のとおり診療を受けたので、医療費の支給を申請します。

記

受給資格者	氏 名	
子 ども	氏 名	
	生年月日	年 月 日

審 査 結 果				
費 用 額	一部負担金	付加給付等 控 除 額	支 給 金 額	保 険 種 別
円	円	円	円	政・組・船 共・国・協

※医療機関等で発行された領収書等（医療保険点数が確認できるもの）の原本を添付してください。

様式第7号 (第7条関係)

医科				歯科		調剤		その他		医療機関 コード番号	
子ども医療費請求書											
九度山町長 様						年 月 日					
<small>医療機関等の所在地 及び名称 開設者氏名</small>											
年 月分の子ども医療費を下記のとおり請求します。											
No.	受給者番号	子ども氏名	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		備考		
1				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)	点	円				
2				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
3				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
4				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
5				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
6				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
7				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
8				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
9				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
10				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)						
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。

様式第7号(その2)(第7条関係)

子ども医療費請求明細書

医療機関等の所在地
及び名称
開設者氏名

年 月分

No.	受給者番号	子ども氏名	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	備考
1				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)	点	円	
2				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
3				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
4				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
5				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
6				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
7				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
8				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
9				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
10				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
11				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
12				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
13				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
14				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
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。

様式第8号 (第9条関係)

様式第8号(第9条関係)

子ども医療費受給資格
 変更届
 消滅届

年 月 日

九 度 山 町 長 様

申請者	住所													
	氏名		個人番号											

下記のとおり子ども医療費受給者証を添えて届け出します。

1. 変更届

		新	旧	変更年月日・備考
子ども 加入 保険	住所			
	氏名			
	種別			
	記号番号			
	保険者			
	所在地			
受給者	住所			
	氏名			

2. 消滅届

消滅事項	
事由	

様式第9号 (第10条関係)

様式第9号 (第10条関係)

子ども医療費支給金返還通知書

年 月 日

様

九度山町長

先に支給した医療費支給金については、下記のとおり返還してください。

記

1. 返還額

支給年月日	既支給額 (A)	実支給額 (B)	差引返還額 (A) - (B)
年 月 日	円	円	円

2. 返還理由

3. 返還金納付期日 年 月 日

4. 返還方法