

○乙部町子ども医療費助成に関する条例施行規則

昭和48年12月10日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、乙部町子ども医療費助成に関する条例（昭和48年乙部町条例第15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。

(一部負担金)

第1条の2 条例第2条第5項の規定による一部負担金は、初診1件につき次のとおりとする。

- (1) 医科診療の場合 580円
- (2) 歯科診療の場合 510円
- (3) 柔道整復受療の場合 270円

(受給資格者の認定申請)

第2条 条例第4条の規定により、認定申請をしようとする者は、別記様式第1号による子ども医療費受給資格認定申請書（以下「認定申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者若しくは被扶養者たることを証する書類
- (2) 条例第2条第3項に規定する保護者（こどもの生計を主として維持する者に限る。）の所得の状況を明らかにする書類
- (3) 受給者の属する世帯全員が市町村民税非課税者の場合それを証明できる書類

2 町長は、前項の規定にかかわらず申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

3 町長は、第1項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給資格者の登録及び受給者証の交付)

第3条 町長は、前条の規定により認定したものについて子ども医療費給付登録台帳（別記様式第2号。以下「登録台帳」という。）に登録し、子ども医療費受給者証（別記様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証をき(・)損(・)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（別記様式第4号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

3 第1項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は7月1日から7月31日までの間とする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

(受給者証の提示)

第4条 受給資格者は、医療を受けるときは、医療機関等において医療保険各法の規定による電子資格確認、資格確認書の提示その他の方法により被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることの確認を受けるとともに、受給者証を提示するものとする。

(助成の申請)

第5条 条例第7条に規定する助成の申請は、こども医療費助成申請書(別記様式第5号)に医療機関等で発行する一部負担金を領収したことを証明する書類を添えて申請しなければならない。

(助成額の決定)

第6条 町長は、第5条の規定による申請があったときは、審査のうえ支払額を決定し、こども医療費助成金支払通知書(別記様式第6号)により当該申請者に通知する。

(受給資格の喪失及び受給者証の返還)

第7条 受給資格者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

- (1) 乙部町に住所を有しなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 条例第2条第2項ただし書及び第3条ただし書に該当するに至ったとき。

2 前項の規定に該当するときは、保護者は速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

(変更の届出)

第8条 保護者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、こども医療費受給資格変更届(別記様式第7号)を町長に提出しなければならない。

- (1) 加入している医療保険に変更があったとき。
- (2) 住所に変更があったとき。
- (3) その他申請事項の内容に変更があったとき。

(補則)

第9条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和48年10月1日から適用する。

附 則(昭和63年4月1日規則第4号)

この規則は、昭和63年4月1日から施行する。

附 則(平成11年9月28日規則第16号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成13年 3 月30日規則第 5 号）

この規則は、平成13年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 1 条の 2 及び第 2 条の規定は、平成13年10月 1 日から施行する。

附 則（平成14年 9 月30日規則第17号）

この規則は、平成14年10月 1 日から施行する。

附 則（平成16年 9 月30日規則第13号）

この規則は、平成16年10月 1 日から施行する。

附 則（平成17年 9 月30日規則第31号）

この規則は、平成17年10月 1 日から施行する。

附 則（平成18年12月20日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月 1 日から適用する。

附 則（平成19年 9 月20日規則第24号）

この規則は、平成19年10月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 3 月26日規則第 3 号）

この規則は、平成20年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 6 月23日規則第 6 号）

この規則は、平成20年10月 1 日から施行する。

附 則（平成20年12月25日規則第13号）

この規則は、平成21年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成24年 3 月22日規則第 7 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行日前に受給対象者として認定を受けた者については、改正後の乙部町こども医療費助成に関する条例施行規則による申請により認定を受けたものとみなす。

3 改正後の乙部町こども医療費助成に関する条例施行規則第 1 条の 2 の規定は、平成24年 4 月 1 日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。

附 則（平成24年 6 月29日規則第15号）

この規則は、平成24年 7 月 1 日から施行する。

附 則（平成28年 3 月18日規則第 6 号）

この規則は、平成28年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成28年 9 月30日規則第33号）

この規則は、平成28年10月 1 日から施行する。

附 則（平成30年 1 月31日規則第 1 号）

この規則は、平成30年 2 月 1 日から施行する。

附 則（平成30年 9 月 1 日規則第11号）

この規則は、平成30年 9 月 1 日から施行し、平成30年 8 月 1 日から適用する。

附 則（令和元年 7 月23日規則第 5 号）

この規則は、令和元年 8 月 1 日から施行する。

附 則（令和 5 年 6 月30日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行し、令和 5 年 8 月 1 日から適用する。

附 則（令和 6 年11月28日規則第16号）

この規則は、令和 6 年12月 2 日から施行する。

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

乙部町長 様

保護者 住所
氏名

印

子ども医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな			住 所 同 上
	氏 名			
	男女	年 月 日生	電話番号() -	
受 給 対 象 者 の 状 況	受給対象者名	ふりがな		
		氏 名		
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)
	保護者との続柄			
	個人番号			
	保護者との同居・別居の別	同 居 ・ 別 居	同 居 ・ 別 居	同 居 ・ 別 居
	父の氏名	生 死亡		※
母の氏名	生 死亡		※	
加 保 入 医 療 険	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国	記 号 番 号	附加 給 付 有・無
	保 険 者 名		所 在 地	
添 付 書 類 等	この申請に当たっては、健康保険の資格確認書等の写しを添えること。			

別記様式第3号（第3条第1項関係）
その1

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">乳児</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">子ども医療費受給者証</div>			
		公費負担者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関 名及び印	乙 部 町		
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払って（負担して）ください。</p> <p>① 医療受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 510円 ③ 柔道整復受療の場合 270円 ④ 訪問看護の場合 診察費の1割に相当する額 （ただし、月の負担上限額は8,000円とする。）</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療機関の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出ししてください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>6 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。</p> <p>【保険医療機関等の皆様へ】</p> <p>①公費「90」・「91」が記載されている場合 公費「90」・「91」の併用で請求してください。</p> <p>②公費「90」・「91」・「92」が記載されている場合 入院については、公費「90」・「91」の併用で請求し、外来については、公費「92」で請求してください。</p> <p>③公費「92」が記載されている場合 公費「92」で請求してください。</p>	

その2

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">乳初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">子ども医療費受給者証</div>			
		公費負担者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関 名及び印	乙 部 町		
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払って（負担して）ください。</p> <p>① 医療受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 510円 ③ 柔道整復受療の場合 270円 ④ 訪問看護の場合 診察費の1割に相当する額 （ただし、月の負担上限額は8,000円とする。）</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療機関の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出ししてください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>6 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。</p> <p>【保険医療機関等の皆様へ】</p> <p>①公費「90」・「91」が記載されている場合 公費「90」・「91」の併用で請求してください。</p> <p>②公費「90」・「91」・「92」が記載されている場合 入院については、公費「90」・「91」の併用で請求し、外来については、公費「92」で請求してください。</p> <p>③公費「92」が記載されている場合 公費「92」で請求してください。</p>	

別記様式第4号（第3条第2項関係）
子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

乙部町長 様

保護者 住所
氏名 印

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給対象者	住所			
	氏名	受給者証 記号番号		第 号
理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4			

こども医療費助成申請書

年 月 日

乙部町長 様

保護者 住 所
氏 名
電話番号 印

こども医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

申 請 額 円

記

受給対象者	受給者証記号 番 号	第 号	医療保険	
			記号番号	
	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日生

助 成 決 定 額						
内 訳	区 分	金 額	控 除		差引助成 額	備 考
			初診時一部 負担金	附 加 給 付		
	外 来					
	入 院					
摘 要						

様

乙部町長

こども医療費助成金支払通知書

次のとおり、こども医療費の助成額を決定しましたので通知します。

記

- 1 決定支給額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

こども医療費受給資格変更届

年 月 日

乙部町長 様

届出人 住所
氏名 印

下記のとおり (受給資格) に変更がありましたのでお届けします。

記

新受給者証 記号・番号		※ 第 号						
受給対象者名						受給者証 記号・番号	第 号	
受給対象者	住所	新						変更 年 月 日
		旧	-----					
	氏名	新						変更 年 月 日
		旧	-----					
加入 保 険	加 入	新	種	保険者名		記号 番号	変更 年 月 日	
		旧	類	-----		-----		
	保 険	新	附加給 付の有	附加給 付の内容				変更 年 月 日
		旧	無	-----		-----		
保 護 者	住 所	新						変更 年 月 日
		旧	-----					
	氏 名	新						変更 年 月 日
		旧	-----					