

○四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

平成 23 年 3 月 30 日

規則第 5 号

改正 平成 24 年 6 月 29 日規則第 27 号

平成 24 年 9 月 28 日規則第 32 号

平成 25 年 6 月 28 日規則第 23 号

平成 27 年 12 月 24 日規則第 39 号

平成 28 年 3 月 31 日規則第 12 号

平成 28 年 9 月 20 日規則第 32 号

平成 29 年 12 月 28 日規則第 38 号

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則(平成 21 年規則第 31 号)の全部を改正する。

(趣旨)

第 1 条 この規則は、四街道市子ども医療費の助成に関する条例(平成 23 年条例第 4 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。

(定義)

第 2 条 この規則における用語の意義は、条例の例による。

(医療保険各法)

第 3 条 条例第 2 条第 3 号に規定する規則で定める社会保険及び国民健康保険に関する法令(以下「医療保険各法」という。)は、次に掲げる法律とする。

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

(平 24 規則 32・一部改正)

(優先関係)

第 4 条 子どもに係る疾病が、他の法令等による公費負担医療制度の対象となるものである場合には、その制度を優先して適用する。

第 5 条 削除

(平 24 規則 27)

(申請等)

第 6 条 条例第 6 条の規定による申請は、子ども医療費助成受給券交付申請書(様式第 1 号)に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 子どもが医療保険各法による被扶養者であることを証する書類の写し
- (2) 助成対象者の世帯の当該年度(4 月から 7 月までの申請にあつては、前年度)の市町村民税

の課税状況並びに前年(4月から7月までの申請にあっては、前々年)の合計所得金額、所得控除額の内訳及び扶養人数を証する書類

(3) その他市長が必要と認める書類

2 前項各号に掲げる書類は、その内容を市長が確認できるときは、市長はこれを省略させることができる。

(平 25 規則 23・平 28 規則 32・一部改正)

(受給券の交付)

第 7 条 市長は、前条の規定により申請を受けたときは、速やかにその内容を審査し、条例第 3 条に規定する助成対象者であること（以下「受給資格」という。）を確認したときは、子ども医療費助成受給券（様式第 2 号。以下「受給券」という。）を交付し、受給資格がないことを確認したときは、子ども医療費助成受給券交付申請却下通知書(様式第 3 号)により当該申請者にその旨を通知するものとする。

(平 29 規則 38・一部改正)

(受給券及び受給資格の変更)

第 8 条 受給券の交付を受けた助成対象者（以下「受給者」という。）は、第 6 条第 1 項の規定による申請の内容に変更が生じたときは、子ども医療費助成受給券変更届(様式第 4 号)に受給券及び第 6 条第 1 項各号に掲げる書類を添えて速やかに市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、第 6 条第 1 項各号に掲げる書類は、その内容を市長が確認できるときは、市長はこれを省略させることができる。

3 市長は、第 1 項の規定による届出を受けたときは、その内容を確認し、受給券の内容を変更することが必要と認めるときは、当該届出者から既に交付した受給券を返納させ、新たに変更後の受給券を交付するものとする。

(平 25 規則 23・平 29 規則 38・一部改正)

(受給券の再交付)

第 9 条 受給者は、紛失、汚損、毀損その他の理由により受給券の再交付を受けようとするときは、子ども医療費助成受給券再交付申請書(様式第 5 号)を市長に提出しなければならない。この場合において、紛失等により受給券がない場合を除き、当該申請書に受給券を添付するものとする。

2 市長は、前項の規定により申請を受けたときは、その内容を確認し、受給券を再交付することが適当と認めるときは、当該申請者に受給券を再交付するものとする。この場合において、受給券の添付があったときは、これを返納させるものとする。

(受給券の有効期間等)

第 10 条 交付された受給券の有効期間は、原則として第 6 条第 1 項の申請書を受理した日の翌月 1 日から当該有効期間の開始日以後最初に到来する 7 月 31 日までとし、その翌月をもって更新するものとする。

2 前項の規定により更新された受給券は、毎年更新するものとし、その有効期間は、8 月 1

日から翌年の7月31日までとする。

3 前2項の規定にかかわらず、受給券の更新時に当該受給券を交付された助成対象者が受給券の有効期間の末日より前に受給資格を喪失することが明らかな場合は、その有効期間の満了の日を7月31日より前の日とすることができる。

4 第1項及び第2項の規定にかかわらず、受給者が受給資格を喪失したときは、この限りでない。

5 第1項及び第2項の規定により受給券の有効期間の更新を行う場合において、市長は、毎年7月1日時点の子どもの属する世帯の受給資格を確認した上で受給券を交付するものとする。

6 前項の規定による受給券の更新において、受給資格の確認のため市長が特に必要と認める場合は、第6条の規定を準用する。

(平25規則23・一部改正)

(助成方法の特例)

第11条 条例第7条第2項の規定による申請は、子ども医療費助成金交付申請書(様式第6号)に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 子どもが医療保険各法による被扶養者であることを証する書類の写し
- (2) 受給券の写し
- (3) 保険医療機関が発行する医療内容の明細を記載した書類及び領収書
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 前項各号に掲げる書類は、その内容を市長が確認できるときは、市長はこれを省略させることができる。

(平24規則32・平28規則32・一部改正)

(助成金の交付)

第12条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、速やかにその内容を審査し、適当と認め、子ども医療費の助成金の交付を決定したときは子ども医療費助成金交付決定通知書(様式第7号)により、不適当と認めたときは子ども医療費助成金交付申請却下通知書(様式第8号)により当該申請者にその旨を通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により交付を決定したときは、速やかに子ども医療費の助成金を交付するものとする。

(助成開始日の特例)

第13条 条例第8条に規定する規則で定める場合は、子どもの出生があった日又は子どもが転入をした日(以下「出生日等」という。)から1月以内に第6条第1項の申請を行った場合とする。

2 前項の場合において、市長は、出生日等から条例による助成を開始することができる。

(平24規則27・平24規則32・一部改正)

(受給資格喪失の届出)

第14条 受給者は、受給資格を喪失したときは、子ども医療費助成受給券返納届(様式第9号)

を市長に提出しなければならない。ただし、受給券の有効期間が満了したとき、又は当該受給券の対象となる子どもが死亡したときは、この限りでない。

(平 29 規則 38・一部改正)

(補則)

第 15 条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成 23 年 8 月 1 日から施行する。

(四街道市乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則の廃止)

2 四街道市乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則(平成 14 年規則第 42 号)は、廃止する。

附 則(平成 24 年規則第 27 号)

(施行期日)

1 この規則は、平成 24 年 8 月 1 日から施行する。ただし、第 13 条第 1 項の改正規定は、平成 24 年 7 月 9 日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に子どもが受けた医療について適用し、同日前に子どもが受けた医療については、なお従前の例による。

附 則(平成 24 年規則第 32 号)

(施行期日)

1 この規則は、平成 24 年 12 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に子どもが受けた医療について適用し、同日前に子どもが受けた医療については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の前日に調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成 25 年規則第 23 号)

(施行期日)

1 この規則は、平成 25 年 8 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に子どもが受けた医療について適用し、同日前に子どもが受けた医療については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の前日に調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成 27 年規則第 39 号)

(施行期日)

1 この規則は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の前日に調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成 28 年規則第 12 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 この規則の施行の前日に調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成 28 年規則第 32 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成 29 年規則第 38 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 この規則の施行の前日に調製した用紙は、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6条第1項)

年 月 日

四街道市長 様

住所
申請者(保護者) 氏名
電話番号

子ども医療費助成受給券交付申請書

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券の交付を申請します。

記

| | | | | | | |
|---|---------|-----|---------|-----|----------|-------|
| 子 ど も | 住 所 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 氏 名 | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 世 帯 構 成 | 氏 名 | 続 柄 | 個 人 番 号 | | | |
| | 1 | | | | | |
| | 2 | | | | | |
| | 3 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 険 者 名 | | | | | |
| | 記号・番号 | 記号 | | 番号 | | |
| 同意書 | | | | | | |
| <p>高額療養費の自己負担限度額の算定並びに子ども医療対策事業の運営に必要な私の市町村民税の課税状況、合計所得金額、所得控除額の内訳及び扶養人数を市の職員が確認することに同意します。</p> <p>氏名 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/></p> <p>氏名 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/></p> | | | | | | |
| 高額医療費等の支払等に関する確約書 | | | | | | |
| <p>高額医療費について四街道市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち過払い相当額を四街道市へ支払います。また、四街道市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、四街道市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。</p> <p>家族療養附加金等を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を四街道市へ支払います。</p> <p>独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費について、子ども医療費助成受給券を使用した場合、助成された額を四街道市に返還することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 <input type="text"/></p> | | | | | | |

(別紙)

年 月 日

四街道市長 様

地方税関係情報の取得に係る同意書

四街道市が四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第1項による子ども医療費助成受給券の交付申請に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って 年度における地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

| | | | | | |
|-----|----|------|--|---------------------------------|-------|
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 申請者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | |

備考

- (1) 同意する者が自ら署名を行うこと。
- (2) 代理人が同意書に署名する場合は、本人から委任状をとること。
- (3) 同意者が申請者と同居している場合は、住所の記入を省略することができる。

様式第2号(第7条)

(表)

子ども医療費助成受給券

| | | | | | | | | |
|--|---------------|-------|--|--|--|--|-----|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| 子ども | 住所 | 〒 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | 男・女 | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | |
| 自己負担金 | 通院 | | | | | | | |
| | 入院 | | | | | | | |
| | 保険調剤 | | | | | | | |
| 四街道市長 印 | | | | | | | | |

(裏)

注意事項

- 1 受診の際、この受給券と被保険者証を医療機関に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合又はこの制度の委託を受けていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金をいったん支払い、その後、四街道市役所 課で償還の手続きをしてください。
後日、市より助成金をお支払いします。
- 3 社会保険に加入している方で、1か月に自己負担金が限度額を超える場合は、その超えた額については、医療機関で支払ってください。医療機関で支払った分については、後日、保険者に償還の申請をしてください。
- 4 未熟児養育保育、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療制度が優先適用されます。
- 5 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費については、この受給券は使用できません。使用された場合は、助成された相当額を市に返還していただきます。
- 6 次のような変更があった場合は、受給券その他必要な書類を添付の上、速やかに変更の手続きをしてください。
 - (1) 市外へ転出するとき。
※ 転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険を変更したとき。
 - (3) 住所を変更したとき。
 - (4) 氏名を変更したとき。
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他申請内容に変更が生じたとき。
- 7 有効期間が過ぎた場合は、本券を返却してください。
- 8 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市による過払いが生じた場合には、後日、市より返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先
四街道市役所 課

様式第3号(第7条)

四街道市 指令第 号
年 月 日

様

四街道市長



子ども医療費助成受給券交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費助成受給券の交付については、下記のとおり却下しましたので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定により通知します。

記

却下理由

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)

様式第4号(第8条第1項)

年 月 日

四街道市長 様

住所
届出者(保護者) 氏名
電話番号

子ども医療費助成受給券変更届

子ども医療費助成申請書の記載事項に変更が生じたので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第8条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|-----|--|----|---------|-----|------|-------|--|--|--|----|--|--|
| 子 ど も | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 世 帯 構 成 | 氏 名 | 続 柄 | | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 険 者 名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | 記号 | | | | | 番号 | | | | | | | |
| 同意書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 高額療養費の自己負担限度額の算定並びに子ども医療対策事業の運営に必要な私の市町村民税の課税状況、合計所得金額、所得控除額の内訳及び扶養人数を市の職員が確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | |
| 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | |
| 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | | | 氏名 | | |

備考 変更があった事項のみ記入してください。

(別紙)

年 月 日

四街道市長 様

地方税関係情報の取得に係る同意書

四街道市が四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第8条第1項による子ども医療費助成受給券の変更の届出に係る事実についての確認に関する事務を処理するために限って 年度における地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

| | | | | | |
|-----|----|------|--|---------------------------------|-------|
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |
| 同意者 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | | | 届出者との続柄 | |
| | | 住所 | | <input type="checkbox"/> 届出者と同居 | |

備考

- (1) 同意する者が自ら署名を行うこと。
- (2) 代理人が同意書に署名する場合は、本人から委任状をとること。
- (3) 同意者が届出者と同居している場合は、住所の記入を省略することができる。

様式第5号(第9条第1項)

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者(保護者) 氏 名 ㊦
電話番号

子ども医療費助成受給券再交付申請書

子ども医療費助成受給券の再交付を受けたいので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第9条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | | |
|--------|---|---|----|-----|------|-------|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 子ども | 住所 | 〒 | | | | | |
| | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 再交付の理由 | 該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・毀損 3 その他() | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

備考 受給券がある場合は、受給券を添付してください。

様式第6号(第11条第1項)

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者(保護者) 氏 名 ㊦
電話番号

子ども医療費助成金交付申請書

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第11条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費の助成を申請します。

記

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------------|------|--|--|----|-----|------|-------|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 子ども | フリガナ | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | 記号 | | | | 番号 | | | |
| 振込口座 | 銀行 信用金庫 農業協同組合 本・支店 | | | | | | | | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 口座名義人氏名 | | | | | | | | |

様式第7号(第12条第1項)

四街道市 指令第 号
年 月 日

様

四街道市長



子ども医療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費助成金の交付申請については、下記のとおり決定しましたので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第12条第1項の規定により通知します。

記

1 子ども氏名

2 交付決定額 金 円

3 振込予定日 年 月 日

様式第8号(第12条第1項)

四街道市 指令第 号
年 月 日

様

四街道市長



子ども医療費助成金交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費助成金の交付申請については、下記のとおり却下しましたので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第12条第1項の規定により通知します。

記

却下理由

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)

様式第9号(第14条)

年 月 日

四街道市長 様

住 所
届出者 氏 名 ㊦
電話番号

子ども医療費助成受給券返納届

受給資格を喪失しましたので、四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第14条の規定により、下記のとおり受給券を返納します。

記

| | |
|-------|--------------------------------------|
| 受給者番号 | |
| 子ども氏名 | |
| 返納の理由 | 該当する項目に○をしてください。 1 転出 2 その他() |
| 備考 | |

様式第1号 (第6条第1項)

(平24規則27・平25規則23・平27規則39・平28規則32・平29
規則38・一部改正)

様式第2号 (第7条)

様式第3号 (第7条)

様式第4号 (第8条第1項)

(平24規則27・平25規則23・平28規則12・平28規則32・平29
規則38・一部改正)

様式第5号 (第9条第1項)

様式第6号 (第11条第1項)

(平24規則32・一部改正)

様式第7号 (第12条第1項)

様式第8号 (第12条第1項)

様式第9号 (第14条)