

○加美町子ども医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年9月21日

規則第6号

改正 平成17年9月13日規則第11号

平成18年9月22日規則第18号

平成20年3月25日規則第2号

平成20年8月19日規則第19号

平成21年3月24日規則第11号

平成21年8月20日規則第22号

平成23年12月14日規則第21号

平成26年3月25日規則第4号

平成26年9月30日規則第14号

平成28年1月29日規則第2号

平成28年3月30日規則第9号

(趣旨)

第1条 この規則は、加美町子ども医療費の助成に関する条例（平成16年加美町条例第25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。

(社会保険各法)

第2条 条例第4条第1項の規則で定める社会保険各法とは、次に掲げるものとする。

- (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) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

(受給資格登録申請書等)

第3条 条例第5条第1項の規則で定める受給資格登録申請書及び第3項の規則で定める更新登録申請書の様式は、様式第1号とする。

2 条例第5条第4項の通知は、様式第2号又は様式第3号により行うものとする。

(受給者証)

第4条 条例第7条第1項の受給者証の様式は、様式第4号とする。

(変更届)

第5条 条例第7条第2項の規定による届出は、様式第5号の変更届出書に受給者証を添付して行うものとする。

(受給者証の返還)

第6条 条例第7条第3項の返納届の様式は、様式第6号とする。

(助成申請書)

第7条 条例第9条第2項の規定による申請は、様式第7号の申請書により行うものとする。

(交付決定通知書)

第8条 条例第10条の規則で定める通知書の様式は、様式第8号とする。

(受給者証の再交付)

第9条 保護者は、受給者証を破損し又は亡失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、様式第9号の再交付申請書により町長に申請するものとする。

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成16年10月1日から施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

(加美町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の廃止)

- 2 加美町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則（平成15年加美町規則第47号）は廃止する。

(登録等の特例)

- 3 規則第5条の規定に係る事務は、前項の規定にかかわらず、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

- 4 廃止前の加美町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式は、当分の間、この規則の規定によるものとみなす。

附 則（平成17年9月13日規則第11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9月22日規則第18号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年3月25日規則第2号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年4月1日より施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の加美町乳幼児及び児童医療費の助成に関する条例施行規則の規定によりなされた医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成20年8月19日規則第19号）

(施行期日等)

この規則は、平成20年10月1日より施行する。

附 則（平成21年3月24日規則第11号）

この規則は、平成21年4月1日から施行する。なお、改正前の加美町乳幼児及び児童医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式は、当分の間、この規則の規定によるものとみなす。

附 則（平成21年8月20日規則第22号）

この規則は、平成21年10月1日から適用する。

附 則（平成23年12月14日規則第21号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

(受給資格の登録等の特例)

- 2 規則第3条及び第4条の規定に係る事務は、前項の規定にかかわらず、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

(経過措置)

- 3 改正前の加美町乳幼児及び児童医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式は、当分の間、この規則の規定によるものとみなす。

附 則（平成26年3月25日規則第4号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成26年4月1日から施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

(様式の適用の特例)

- 2 条例附則第2項の事務に係る様式の適用は、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

(経過措置)

- 3 この規則の施行の際、現に改正前の加美町乳幼児及び児童医療費の助成に関する条例施

行規則の規定によりなされた医療費の助成に係る様式の適用については、なお従前の例による。

附 則（平成26年9月30日規則第14号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成28年1月29日規則第2号）

この規則は、平成28年2月1日から施行する。

附 則（平成28年3月30日規則第9号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号

|                 |                                  |      |     |     |       |                           |
|-----------------|----------------------------------|------|-----|-----|-------|---------------------------|
| ※<br>加美町<br>処理欄 | 受給資格                             | 受給者証 | 入 力 | 送 付 | 受 付   | 申 請 事 由                   |
|                 | 適 ・ 否                            |      |     |     |       | 出生 ・ 転入 ・ 生保廃止<br>その他 ( ) |
|                 | 保 険 の 種 別                        |      |     |     | 付加給付  | 助成開始年月日                   |
|                 | 協会 ・ 健保 ・ 国組 ・ 国保 ・ 国共 ・ 地共 ・ 私学 |      |     |     | 有 ・ 無 |                           |

|   |                |          |          |               |                                      |
|---|----------------|----------|----------|---------------|--------------------------------------|
| 行政区番号   | ※              | 世帯番号     | ※        | 受給者証番号        | ※                                    |
| 子ども医療費助成受給資格登録（更新）申請書<br><br>平成 年 月 日<br><br>加美町長 殿<br><br>住 所：加美町 _____<br><br>申請者 氏 名： _____ ㊟<br>(保護者) 個人番号： _____<br><br>電話番号： ( ) _____<br><br>次のとおり、子ども医療費助成について、受給資格の登録（更新）を申請します。<br>なお、受給資格登録（更新）及び助成金額の審査・決定のために、私、世帯員及び扶養義務者の所得額を課税台帳・その他公簿等により確認することに同意します。 |                |          |          |               |                                      |
| 子ども   | フリガナ           |          |          | 男・女           | 生年月日 平成 年 月 日                        |
|   | 氏 名            |          |          | 住 所           | <input type="checkbox"/> 申請者（保護者）と同じ |
| 加 入<br>医 療<br>保 険   | 記号・番号          | 記号       |          |               | 番 号                                  |
|   | 被保険者氏名         |          |          |               | 子どもとの続柄                              |
|   | 世帯主氏名          |          |          |               |                                      |
|   | 保険者名称          |          |          |               |                                      |
|   | 保険者番号          |          |          |               |                                      |
|   | 資格取得年月日        | 平成 年 月 日 |          |               |                                      |
| 上記の子どもにかかる医療費助成金について下記口座へ振込みされることを承諾します。  |                |          |          |               |                                      |
| 医療費助成金の振込金融機関   |                |          |          |               |                                      |
| 金融機関  | 銀行<br>信組<br>農協 | 店        | 本店<br>支店 | 口座番号          | .....                                |
|   |                |          |          | 名義人<br>(カタカナ) |                                      |

(注) ※欄には記入しないでください。

様

加美町長

印

## 加美町子ども医療費受給資格登録（更新）認定通知書

平成 年 月 日付けで申請のありました、加美町子ども医療費受給資格については、下記のとおり認定しましたので通知するとともに、受給者証を送付します。

## 記

| 認 定 に 関 す る 事 項 |  |
|-----------------|--|
| 対象者氏名           |  |
| 助成対象期間          | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで   |
| 受給者証番号          |  |
| そ の 他           | <p><b>【助成対象期間について】</b><br/>○子どもが18歳に到達した場合は到達した日以後の最初の3月31日まで</p> <p><b>【資格の登録内容について】</b><br/>○加入医療保険や保護者など、登録内容に変更がある場合は、速やかに届け出てください。</p> <p><b>【受給者証について】</b><br/>○他の市町村へ転出するなど、受給資格を喪失する場合は、速やかに受給者証を返納してください。</p> |

## 1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、この決定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、町長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

## 2 取消訴訟について

この決定については、この決定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、町を被告として（訴訟において町を代表する者は、町長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の訴えを提起することができなくなります。）

ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該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、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第3号

第 号  
平成 年 月 日

様

加美町長 印

### 加美町子ども医療費受給資格登録（更新）却下通知書

平成 年 月 日付けで申請のありました、加美町子ども医療費受給資格については、下記の理由により却下しましたので通知します。

#### 記

| 却下に関する事項 |  |
|----------|--|
| 対象者氏名    |  |
| 却下の理由    |  |
|          |  |
|          |  |

#### 1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、この決定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、町長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

#### 2 取消訴訟について

この決定については、この決定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、町を被告として（訴訟において町を代表する者は、町長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の訴えを提起することができなくなります。）

ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該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、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号

(表)

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| <b>子ども医療費<br/>助成受給者証</b>      | 平成 年 月 日交付<br>公費負担者番号   |
| 受給者証番号                        |                         |
| 氏 名                           |                         |
| 生 年 月 日                       | 性別                      |
| 住 所                           |                         |
| 有効期間 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで | 宮城県加美郡<br><b>加美町長</b> 印 |
| 加美町 (担当係名、電話番号)               |                         |

(裏)

|   |
|---|
| <b>注 意 事 項</b>  |
| 1. 本証は、医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。  |
| 2. 受診の際に、保険証と一緒に本証を医療機関等の窓口へ提示してください。   |
| 3. 次の場合は、医療費の一部負担金を窓口で一旦支払い、その後「助成申請書」を提出してください。後日、指定口座に助成金を振り込みます。<br>(1) 医療機関等窓口で本証を提示しなかった<br>(2) 県外の医療機関で受診した<br>(3) 国民健康保険加入者の診療を全く行っていない医療機関で受診した<br>(4) 本制度の現物給付に対応していない医療機関で受診した<br>(5) 表面右上に「償還払い」と表示されている |
| 4. 住所、氏名、加入健康保険に変更がある場合は、必ず届出をしてください。   |
| 5. 受給資格がなくなったとき(転出・年齢到達・生活保護開始など)は、本証をすみやかに返還してください。  |
| 6. 受給資格がない方が本制度による助成を受けた場合や、過払いが生じた場合は、助成金を返還していただくことになります。   |



子ども医療費受給資格内容等変更届出書

|   |              |                           |          |          |                |             |          |
|---|--------------|---------------------------|----------|----------|----------------|-------------|----------|
| 受給者番号   |              |                           |          |          |                |             |          |
| 保護者氏名   |              | (TEL : )                  |          |          |                |             |          |
| 子どもの氏名  |              | 生年月日                      |          | 平成 年 月 日 |                |             |          |
| 届<br>出<br>事<br>項<br>※<br>変<br>更<br>事<br>項<br>の<br>み<br>記<br>入 | 変更事由         | 氏名変更・住所変更・保護者変更・保険変更・口座変更 |          |          |                |             |          |
|   | 変更後の氏名       |                           |          |          |                |             |          |
|   | 変更後の住所       | 加美町                       |          |          |                |             |          |
|   | 変更後の<br>保護者  | 氏名                        | (TEL : ) |          |                |             |          |
|   |              | 子どもとの続柄                   |          | 個人<br>番号 |                |             |          |
|   | 変更後の加入保険     | 記号番号                      | 記号       |          | 番号             |             |          |
|   |              | 保険者名                      |          |          |                | 保険者<br>番号   |          |
|   |              | 被保険者                      |          |          |                | 資格取得<br>年月日 | 平成 年 月 日 |
|   | 変更後の<br>振込口座 |                           |          |          | 銀行・信組<br>信金・農協 | 店名          | 本店・支店    |
|   |              | 番号                        |          |          | 名義<br>(カカナ)    |             |          |
| 備考  |              |                           |          |          |                |             |          |

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届け出します。

平成 年 月 日

加美町長 殿

住所 加美町  
受給者  
(保護者)  
氏名

Ⓜ

子ども医療費助成受給者証返納届出書

|       |   |                                 |         |       |   |   |   |
|-------|---|---------------------------------|---------|-------|---|---|---|
| 受給者   | 氏名  |                                 | 生年月日    | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
|       | 住所  |                                 | 子どもとの続柄 |       |   |   |   |
| 子ども   | 氏名  |                                 | 生年月日    | 平成    | 年 | 月 | 日 |
|       | 住所  | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |         |       |   |   |   |
|       | 加入保険  | 国保 ・ 社保等 ( 協会・健保・共済組合・国保組合等 )   |         |       |   |   |   |
|       | 記号番号  | 記号                              |         | 番号    |   |   |   |
|       | 受給者番号   |                                 |         |       |   |   |   |
| 返納の理由 | 1 助成期間終了<br>2 転出 ( 転出先 )<br>3 死亡<br>4 その他 ( ) |                                 |         |       |   |   |   |
| 備考    |   |                                 |         |       |   |   |   |

上記の理由により、子ども医療費助成受給者証を返納します。

平成 年 月 日

加美町長 殿

住所  
受給者  
氏名  
電話番号



様式第7号

|   |    |         |                                      |
|---|----|---------|--------------------------------------|
| <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">子ども医療費助成申請書</p> <p style="margin: 5px 0 0 600px;">平成      年      月      日</p> <p style="margin: 0 0 0 100px;">加美町長 殿</p> <p style="margin: 0 0 0 400px;">住 所 加美町</p> <p style="margin: 0 0 0 400px;">受 給 者</p> <p style="margin: 0 0 0 450px;">氏 名 <span style="float: right;">㊞</span></p> <p style="margin: 10px 0 0 200px;">平成      年      月分の子ども医療費の助成を下記のとおり申請します。</p> <p style="margin: 0 0 0 450px;">記</p> |    |         |                                      |
| 受給者証番号  |    | 受診者氏名等  | 氏名<br>(男・女 平成      年      月      日生) |
| 被保険者証   | 記号 | 管 掌 別   | 協・日・船・組・共・国保                         |
|   | 番号 | 保 険 者 名 |                                      |

|                                    |  |  |             |
|------------------------------------|--|--|-------------|
| *外来入院等の区分                          | 外 来 ( 医 科 ・ 歯 科 ) ・ 入 院 (      日 ) ・ 調 剤 ・ 訪 問 看 護 |  |             |
| *<br>診 療 点 数<br>等 及 び<br>医 療 機 関 名 | 療養の給付等<br>(注2参照)                                   | 診療点数<br>(療養費の総費用)                          | 点<br>円      |
|                                    | 訪問看護療養分<br>(保険対象分のみ)                               | 回 数<br>総 費 用<br>基本利用料                      | 回<br>円<br>円 |
|                                    | 医療機関名等   | 機関のコード番号                                   | _____       |
|                                    | 所 在 地  | _____                                      |             |
|                                    | 名 称  | _____ <span style="float: right;">㊞</span> |             |

注1 \*欄は医療機関で記入してください。

注2 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入してください。

以下、加美町の使用欄です。

|         | 総費用額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 公費負担額 | 高額・附加 | 助成決定額 |
|---------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 療養の給付等  |      |        |       |       |       |       |
| 訪問看護療養分 |      |        |       |       |       |       |
| 計       |      |        |       |       |       |       |
|         |      |        |       |       |       |       |

様式第8号

第 号  
平成 年 月 日

様

加美町長 印

### 加美町子ども医療費助成金交付決定通知書

さきに申請のありました、加美町子ども医療費助成については、審査の結果、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

#### 記

| 受給者氏名 |       |  |
|-------|-------|--|
| 振込情報  | 金融機関  |  |
|       | 口座    |  |
|       | 振込年月日 |  |
|       | 助成金額  |  |
| 備考    |       |  |

#### 明細

| 受診者 | 種別 | 診療年月 | 助成金額 | 調整額 | 調整理由 |
|-----|----|------|------|-----|------|
|     |    |      |      |     |      |
|     |    |      |      |     |      |
|     |    |      |      |     |      |

#### 1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、この決定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、町長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

#### 2 取消訴訟について

この決定については、この決定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、町を被告として（訴訟において町を代表する者は、町長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の訴えを提起することができなくなります。）

ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該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、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第9号

子ども医療費助成受給者証再交付申請書

|     |      |                                 |         |       |     |   |   |
|-----|------|---------------------------------|---------|-------|-----|---|---|
| 受給者 | 氏名   |                                 | 生年月日    | 昭和・平成 | 年   | 月 | 日 |
|     | 住所   |                                 | 子どもとの続柄 |       |     |   |   |
| 子ども | 氏名   |                                 |         |       | 男・女 |   |   |
|     | 生年月日 | 平成 年 月 日                        |         |       |     |   |   |
|     | 住所   | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |         |       |     |   |   |

子ども医療費助成受給者証を（き損・亡失）したので再交付を申請します。

平成 年 月 日

加美町長 殿

住所 加美町  
受給者  
氏名 ④  
電話番号

|            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 担当者<br>処理欄 | 受給者証番号 | 再交付年月日 |
|            |        |        |

様式第 1 号

様式第 2 号

様式第 3 号

様式第 4 号

様式第 5 号

様式第 6 号

様式第 7 号

様式第 8 号

様式第 9 号