

○砥部町ひとり親家庭医療費助成条例施行規則

平成17年1月1日

規則第60号

改正 平成17年3月25日規則第125号

平成18年3月31日規則第23号

平成19年4月1日規則第45号

平成22年3月9日規則第8号

平成24年3月29日規則第8号

平成27年6月22日規則第21号

平成27年12月28日規則第34号

(趣旨)

第1条 この規則は、砥部町ひとり親家庭医療費助成条例(平成17年砥部町条例第98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。

(受給者証の交付申請)

第2条 条例第4条に規定する助成金の支給を受けようとする者はあらかじめひとり親家庭医療費受給者証交付申請書(様式第1号。以下「受給者証交付申請書」という。)に医療保険各法に基づく被保険者証又は組合員証を添えて町長に申請しなければならない。

(受給者証の交付)

第3条 町長は、受給者証交付申請書を受理した場合において適当と認めたときは条例第7条に規定するひとり親家庭医療費受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を、非該当と認めたときはひとり親家庭医療費受給者証交付申請却下通知書(様式第3号)を当該申請書を提出した者に対し交付するものとする。

2 条例第4条に規定する保険給付を受けるときは、療養機関に受給者証を提示しなければならない。

(療養機関)

第4条 条例第4条第1項に規定する規則で定める療養機関は、次に定めるとおりとする。

- (1) 病院
- (2) 診療所
- (3) 薬局(医師の処方箋指示により投薬を行った場合)
- (4) 訪問看護ステーション

(助成の方法)

第5条 条例第4条に規定する助成金の支給を受けようとする者は、毎月支払った医療費を取りまとめ、別に定めるところによりひとり親家庭医療費請求書(様式第4号)を町長に提出しなければならない。

(助成金の支払)

第6条 町長は、前条の請求書を受理したときは、その内容を審査の上、当該請求に係る助成金の額を決定し、請求者に支払うものとする。

(立替払)

第7条 家庭主等が経済的又は身体的理由等により医療保険各法の一部自己負担金(高額療養費支給相当額を含む。)を療養機関へ支払うことができない場合は、療養機関の請求により家庭主等に代ってこれを立て替えるものとする。

2 療養機関から前項の請求があったときは、第5条の請求があったものとみなし、助成金の決定を行うものとする。

3 第1項の規定により、立替払を行った場合において、家庭主等から高額療養費相当額の返還があったときは、同時に立替金全額の返還及び家庭主等に対する助成が行われたものとみなす。

4 第1項により立て替えた額と第2項により決定された額が同額となる場合は、第1項の立替払をもって助成が行われたものとみなす。

(届出等)

第8条 家庭主等は、受給者証交付申請書に記載した事項に変更があったときは、速やかにひとり親家庭医療費受給者変更届(様式第5号)に受給者証を添えて町長に提出しなければならない。

(受給資格喪失届等)

第9条 家庭主等は、自己又はその保護する児童のすべてが受給資格を失ったときは、その日から14日以内に、ひとり親家庭医療費受給者資格喪失届(様式第5号の2)に受給者証を添えて町長に届け出なければならない。

2 家庭主等は、医療費の助成を受けようとする疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであるときは、ひとり親家庭医療費助成事由(被害)届(様式第6号)により直ちに町長に届け出なければならない。

(受給者証の再交付)

第10条 家庭主等は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときはひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書(様式第7号)を町長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2 家庭主等は、前項の申請書を提出する場合において、再交付を申請する理由が破り、又は汚した場合であるときは当該破り、又は汚した受給者証を当該申請書に添えなければならない。

3 家庭主等は、受給者証の再交付を受けた後紛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還しなければならない。

(受給者証の更新)

第11条 受給者証は、毎年7月1日に更新するものとする。

2 受給者証の交付を受けた者は、毎年6月1日から同月30日までの間にひとり親家庭医療費受給者証交付更新申請書(様式第8号)により、受給者証の更新を申請しなければならない。

3 家庭主等は受給者証の有効期間が満了したときは、当該受給者証を直ちに町長に返還しなければならない。

(関係簿冊)

第12条 町長は、次の簿冊を備えつけておくものとする。

(1) ひとり親家庭医療費受給者証交付台帳(様式第9号)

(2) ひとり親家庭医療費給付台帳

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、医療費の支給に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の砥部町母子家庭医療費助成条例施行規則(昭和49年砥部町規則第12号)又は広田村母子家庭医療費助成条例施行規則(昭和49年広田村規則第8号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成17年3月25日規則第125号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成18年3月31日規則第23号)

(施行期日)

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成19年4月1日規則第45号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成22年3月9日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成24年3月29日規則第8号)

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成27年6月22日規則第21号)

この規則は、平成27年7月1日から施行する。

附 則(平成27年12月28日規則第34号)抄

(施行期日)

第1条 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(砥部町ひとり親家庭医療費助成条例施行規則の一部改正に伴う経過措置)

第12条 この規則の施行の際、第14条の規定による改正前の砥部町ひとり親家庭医療費助成条例施行規則の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号(第2条関係)

### ひとり親家庭医療費受給者証交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

住 所 砥部町.....

申請者 氏 名 .....㊟

連絡先(電話) (        -        -        )

下記のとおりひとり親家庭医療費受給者証の交付を申請します。

なお、愛媛県内に所在する医療保険各法に定める保険医療機関・療養取扱機関等の開設者を代理人と定め、ひとり親家庭医療費助成金の請求並びに受領の権限を委任します。

また、申請にあたり、世帯主の個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意します。

区 分	家庭主	児 童		
個人番号				
受給者番号				
氏 名				
性 別				
生年月日				
続 柄				
職 業				
就学している者の学校名				
子ども・重度心身障害者医療費の助成対象者				
加入医療保険	種 別	国保・国組・協会・健組・船員・日雇・共済・後期		
	記号番号			
	名 称			
	所 在 地			
	付 加 給 付	有・無	資格取得年月日	年 月 日
添 付 書 類	1 前年の所得に対し、所得税の納付義務がない旨の所轄税務署等の証明書 2 児童が就学を理由とする場合は在学証明書 3 児童が父母のないことを理由とする場合は申請者の扶養事実申立書			

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

担当者確認		決定年月日
課 税		年 月 日
非課税		

様式第2号(第3条関係)

(表)

ひとり親家庭 医療費受給者証 家庭主等 住所	交付年月日 受給者番号	平成	年	月	日								
受給者 生年月日	年	月	日	性別									
公費負担者番号													
有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日				
発行者	愛媛県砥部町長 愛媛県伊予郡砥部町宮内1392番地 TEL 089-962-2323												



(裏)

注 意 事 項

- 1 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を窓口へ提出してください。
- 2 この証は、受給資格者以外は使えません。
- 3 この証の記載事項に変更があった時は、速やかに提出して訂正を受けてください。
- 4 この証を破損又は汚損し、再発行を申請する時は、この証を必ず添えてください。
- 5 ひとり親家庭医療費受給資格がなくなった時は、速やかにこの証を返してください。
- 6 この証では、第三者の行為でおきた傷病については助成が受けられない場合がありますので、そのような場合には、届け出てください。
- 7 有効期限が経過した時は、この証を使用することができませんから速やかにお返しください。

様式第3号(第3条関係)

第 号

年 月 日

様

砥部町長



ひとり親家庭医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日付で請求のあったひとり親家庭医療費受給者の交付申請については、次の理由により却下しましたので通知します。

なお、この決定について不服があるときは、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に、町長に対して行政不服審査法による異議申立てをすることができます。また、この決定の取消しの訴えは、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に、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。)、提起しなければなりません(なお、決定の通知を受けた日から6箇月以内であっても、決定の日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、決定の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に提起しなければならないこととされています。

1 助成対象者氏名

2 理 由

様式第4号 (第5条関係) (表面)

ひとり親家庭 医療費請求書

請求額 \_\_\_\_\_ 円 (ただし、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分)

標記医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり請求します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

砥部町長 \_\_\_\_\_ 様  
 住所 砥部町 \_\_\_\_\_  
 請求者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

受給資格証 記号番号		受給者 氏名		連絡先(電話) ( _____ - _____ )	
振込 金融機関	銀行	本店	普 ・ 当	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	農協 信金	支店 支所			

医療 機関 等 証明 欄	患者氏名				一部負担金 の割合	1割・2割・3割	
	_____ 年 _____ 月 _____ 日生(男・女)						
	被保険者証記号番号					保険種別	
	診療 期間	1 入院 2 外来	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	実日数 ( _____ ) 日	他法公費 種別		
	総診療 報酬 点数	_____ 点	徴収 基準 月額	_____ 円	他公費 負担額	_____ 円	領収 金額 _____ 円
上記のとおり証明します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日  医療機関等の名称及び 所在地・開設者氏名 _____ ㊟							

※一医療機関について一月1枚必要です。

助成内容	本人負担額	高額療養費	付加給付額	助成金決定額
	( _____ 円) -	( _____ 円) -	( _____ 円) =	_____ 円
備考				

持参するもの：印鑑、受給資格証、領収書、振込口座番号、保険証



(裏面)

## 委任状

年 月 日

砥部町長 様

私が砥部町より支払いを受けるひとり親家庭医療費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)
住所	住所
氏名 Ⓜ	氏名

## 念書

年 月 日

砥部町長 様

相続人	住所
	氏名 Ⓜ
	続柄

年 月 日 の死亡により、下記医療費の申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、砥部町には一切ご迷惑はおかけいたしません。

記

ひとり親家庭医療費 年 月分

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給者変更届

年 月 日

祇部町長 様

届出人 住 所  
氏 名



受給者番号	
-------	--

次のとおり変更しましたのでお届けします。

変更項目		変 更 前	変 更 後
家庭主 (扶養者)	住 所		
	氏 名		
	個 人 番 号		
児 童 (被 扶 養 者) の 数		人 (理由)	
加入 保険	記 号 番 号		
	保 険 種 別		
	摘 要		
そ の 他 の 事 項			
変 更 年 月 日			

注 1 この届出には、ひとり親家庭医療費受給者証を添付すること。

2 児童(被扶養者)の数欄の(理由 )は、死亡、20歳到達、就学の終了等を簡単に記入すること。

様式第5号の2(第9条関係)

ひとり親家庭医療費受給者資格喪失届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所

氏 名

㊦

T E L

—

下記のとおりひとり親家庭医療費受給者の資格がなくなりましたので届け出ます。

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	受給者番号			
受給資格がなくなった理由	(1)受給資格者が死亡したため。 (2)受給資格者が町外に住所を変更したため。 (3)受給資格者が社会保険各法の規定による被保険者又は被保険者の被扶養者でなくなったため。 (4)受給資格者が生活保護を受けることになったため。 (5)その他( )			
資格喪失年月日	年 月 日			

※「資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

様式第6号(第9条関係)

ひとり親家庭医療費助成事由(被害)届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所

氏 名



次のとおり第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。

受給者番号		氏名	
療養機関名			
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		見込完了
被害の状況 (傷病名)			
加害者	住所		
	氏名		

様式第7号(第10条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者 住 所  
氏 名



次のとおりひとり親家庭医療費受給者証の再交付を申請します。

家庭主等	氏 名		生年月日	年 月 日生
	住 所			
加入医療 保 険	世帯主、被保険者 等氏名			
	保 険 種 別			
	記 号 番 号		発行機関	
受 給 者 番 号				
再交付理由 1 破 損 2 汚 損 3 紛 失				

(注) 再交付理由が1、2のときは、受給者証を添付すること。

様式第8号(第11条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証交付更新申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者 住所  
氏名



家庭主等 〔扶養者〕	受給者番号		年 月 日交付			
	住所					
	氏名		生年月日			
児童 (被扶養者)	氏名	性別	家庭主との続柄	生年月日	受給者番号	摘要
備考						



様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第3条関係)

様式第3号(第3条関係)

様式第4号(第5条関係)

様式第5号(第8条関係)

様式第5号の2(第9条関係)

様式第6号(第9条関係)

様式第7号(第10条関係)

様式第8号(第11条関係)

様式第9号(第12条関係)