

生駒市規則第 2 1 号

生駒市母子医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 2 3 年 7 月 2 6 日

生駒市長 山下 真

生駒市母子医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

生駒市母子医療費助成条例施行規則（平成 1 7 年 7 月生駒市規則第 2 0 号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

生駒市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則

第 1 条中「生駒市母子医療費助成条例」を「生駒市ひとり親家庭等医療費助成条例」に改める。

第 2 条中「第 2 条」を「第 2 条第 3 号」に改める。

第 3 条第 1 項中「母子医療費受給資格証交付（更新）申請書」を「ひとり親家庭等医療費受給資格証交付（更新）申請書」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、条例第 2 条第 1 号ウ又はエに掲げる者について、これらの者を扶養し、又は養育する者が同時に申請書を提出する場合には、受給資格証交付申請書その他の書類（第 2 号に掲げる書類を除く。）の提出を要しない。

第 4 条第 1 項中「母子医療費受給資格証」を「ひとり親家庭等医療費受給資格証」に改め、同条の次に次の 1 条を加える。

（市長が定める助成金控除額）

第 4 条の 2 条例第 3 条第 1 項第 4 号に規定する額は、病院若しくは診療所等（保険薬局を除く。）の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに次の各号に掲げる区分に応じ、当該

各号に定める額とする。

(1) 外来療養である場合 500円

(2) 入院療養である場合 1,000円（14日未満の入院療養である場合にあっては、500円）

第5条第2項中「母子医療費助成金交付請求書」を「ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書」に改める。

第7条第1項中「母子医療費受給資格証再交付申請書」を「ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書」に改める。

第9条中「母子医療費受給者台帳」を「ひとり親家庭等医療費受給者台帳」に改める。

様式第1号から様式第4号までを次のように改める。

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付（更新）申請書

助成対象者	ふりがな 氏名	※受給者番号 現住所	③ 加入医療保険				※審査
			保険種別	保険者番号及名称	被保険者氏名		
① 父母等申請者		生駒市	国(市町村 退組) 健(協会組日) 船共	名称 所在地	氏名 対象者との続柄 () 住所	認定 ・ 却下	
	生年月日	続柄(父・母・)	記号 番号		被保険者資格取得年月日 年 月 日		
② 対象児童		<input type="checkbox"/> 同上	国(市町村 退組) 健(協会組日) 船共	名称 所在地	氏名 対象者との続柄 () 住所	認定 ・ 却下	
	生年月日		記号 番号		被保険者資格取得年月日 年 月 日		
所得状況 調除	年度所得 氏名	④ 申請者		⑤ 配偶者及び扶養義務者			
	⑥ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数 (対象者の所得状況欄については、ア老人控除対象配偶者又は老人扶養及び親族 イ特定扶養親族の合計数))	(ア 人) (イ 人)	人	(ア 人) (イ 人)	人	(ア 人) (イ 人)	人
	⑦ ⑥以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童	人		人			
	⑧ 所得額	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
	⑨ 金品等の額	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
	⑩ 障害者控除	障 特障 人 人	円 ※	円	障 特障 人 人	円 ※	円
		寡婦、寡特(申請者が母の場合は控除しない)、寡夫(申請者が父の場合は控除しない)、勤労学生	寡 寡特 勤 勤	円 ※	円	寡 寡特 勤 勤	円 ※
	雑損控除	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
	医療費控除	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
	小規模企業共済等掛金控除	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円
配偶者特別控除	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
肉用牛の売却による事業所得	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
社会保険料等相当額	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
控除後の所得額		※	円 ※	円 ※	円 ※	円	
⑪ 申請理由 該当する番号を○で囲んでください。 (1については()内の記号)		1 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの (ア 死亡 イ 離婚 ウ 生死不明 エ 遺棄 オ 海外渡航中 カ 障害 キ 拘禁 ク 未婚)					
		2 配偶者のない女子又は男子に扶養されている対象児童 3 父母のない児童 4 3の児童を扶養している配偶者のない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子					
		(交付発生年月日) 年 月 日					
⑫ 振込指定金融機関		銀行	本店	種目	口座番号		
		信用金庫	支店	1 普通	フリガナ		
		信用組合	出張所	2 当座	名義		
		農協		3 貯蓄			
<p>上記のとおりひとり親家庭等医療費受給資格証の交付を申請します。</p> <p>なお、以後市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること並びに高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写しの提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">生駒市長 宛 電話 - -</p>							

(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は、楷書ではっきり書いてください。

様式第2号(第4条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費受給資格証								
公費負担者番号	9	1	2	9	0	0	9	8
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日							
有効期間	年 月 日 から							
	年 月 日 まで							
発行機関名 及び印	奈良県 生駒市長 印							
交付年月日	年 月 日							
(注) 奈良県外で診療を受けた場合は、領収書を添えて市長へ申請してください。								

(裏)

<h3 style="margin: 0;">注 意 事 項</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1 この証は、健康保険証を使って受診した際の自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。 2 保険医療機関等において診療を受けた場合は、健康保険証(被保険者証)に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。 4 氏名又は住所地に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨を届け出てください。 5 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日以内に市長にその旨を届け出てください。 6 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。 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。 <p style="margin-top: 20px;">※ 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。</p>

様式第3号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書											
						年	月	日			
生駒市長 殿						(申請者) 住所					
						氏名				㊞	
金										円	
ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。											
受給資格証 受給者番号							受給者 氏名				
加入医療保険名称							加入医療 保険 記号番号				
なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。											
振込 口座	銀行 店	種 別	普通 当座	番 号					フリガナ 名義		
◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。											
医療費の状況	入 院	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)		日数・期間		総点数		自己負担支払額			
		日(年月日～年月日)		点		円					
	①	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)		日数		総点数		自己負担支払額			
		日		点		円					
	②	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)		日数		総点数		自己負担支払額			
		日		点		円					
	③	医療機関:名称 _____ (所在地 _____)		日数		総点数		自己負担支払額			
日		点		円							
※確認欄		保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)				※高額療養費の有無 (限度額 _____)					
※ 決 定					係		決裁年月日		年 月 日		
							交付年月日		年 月 日		
							台帳確認				
	<p>【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】</p> <p>(円) - (円) - (円) = 支給額</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 100px;"></div> <p style="text-align: right;">円</p>										

※欄は記入しないでください。

様式第4号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	受給資格証 受給者番号	
	氏 名	
	住 所	
申 請 理 由	1 紛失 2 破損 3 その他	

(注) 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。

2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。

附 則

この規則は、平成 2 3 年 8 月 1 日から施行する。