

生駒市規則第 3 1 号

生駒市養育医療の給付に関する規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 2 7 年 1 2 月 2 5 日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市養育医療の給付に関する規則等の一部を改正する規則

(生駒市養育医療の給付に関する規則の一部改正)

第 1 条 生駒市養育医療の給付に関する規則 (平成 2 5 年 3 月生駒市規則第 1 2 号) の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

様式第1号 (第2条関係)

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	個人番号				
	住 所 地 (住民票所在地)				
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
	個人番号				
	居 住 地				
	電 話 番 号				
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号					
保 険 者 等 の 名 称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ 場合は省略可能)					
備 考					
<p>別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>申請者住所 本人との続柄 申請者氏名(自署もしくは記名押印) 電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">生駒市長 様</p>					
申請受付年月日		決 定 年 月 日			

記入上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先を記入してください。

様式第 3 号を次のように改める。

世 帯 調 書

申請者氏名				本人氏名				
本人の属する世帯構成	世帯構成員名	乳児との続柄	性別	生年月日	階層区分	所得税額	備考	
	個人番号							
世帯外扶養義務者	氏名							
	個人番号							
	住所							
	氏名							
	個人番号							
住所								

- (注) 1 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に乳児に対して扶養を実施している扶養義務者がいる場合にのみ記入してください。
- 2 この調書には、生活保護法による保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合にはその証明書、その他の場合には所得税及び市町村民税の課税状況の証明書を添付してください。

様式第 9 号を次のように改める。

様式第9号（第5条関係）

養育医療券記載事項変更届										
公費負担医療の 受給者番号										
受療者 氏名							生年月日 性別	年 月 日		
								男	・	女
受療者 の変更	氏名	変更前					変更後			
申請者（扶養 義務者） の変更	氏名	変更前					変更後	（個人番号）		
	住所	変更前					変更後			
保険者等の名称の変更		変更前					変更後			
被保険者証等の 記号及び番号の変更		変更前					変更後			
変更年月日		年 月 日								
<p>養育医療の給付について上記のとおり変更したので届け出ます。</p> <p style="margin-left: 200px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">届出者 住所</p> <p style="margin-left: 200px;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>										

添付書類

1. 申請者（扶養義務者）の変更の場合は、変更後の申請者（扶養義務者）の所得税額を確認できる書類
2. 被保険者証の記載事項変更の場合は、新しい被保険者証の写し

(生駒市子ども医療費助成条例施行規則の一部改正)

第2条 生駒市子ども医療費助成条例施行規則（平成17年7月生駒市規則第19号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号 (第3条、第6条関係)

乳幼児医療費受給資格証交付 (更新) 申請書

乳 幼 児	ふりがな			住所								
	氏 名											
	個人番号											
	生年月日 年 月 日											
①乳幼児を主として 養育している者	氏 名			住所 □同上								
	個人番号											
	生年月日 年 月 日											
	乳幼児との続柄											
所得状況			①乳幼児を主として養育している者の所得状況			備 考						
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養の数)			(人)									
③ 所 得 額			円									
④ 控 除	雑 損			円								
	医 療 費			円								
	小規模企業共済等掛金			円								
	障 害 者 控 除			障 人	※				円			
				特障 人								
	寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の特			寡婦(夫)	※				円			
児童手当法施行令第3条第1項による控除			円									
※ 控 除 後 の 所 得 額			円									
加入 医療 保険	被 保 険 者 氏 名		乳幼児との続柄		住所							
	⑤ 保 険 種 別		国保(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証 の記号番号							
	保険者番号及び名称											
⑥ 交 付 申 請 理 由		1 出生したため			3 保険に新たに加入したため							
		2 転入してきたため			4 その他 ()							
		交付事由発生年月日 年 月 日			※審査							
⑦振込指定金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所		種 目	口座番号						
				1 普通	ふりがな							
				2 当座	名 義							
				3 貯蓄								
<p>上記のとおり、乳幼児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及び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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 電話番号</p> <p>生駒市長 殿</p>												

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

(生駒市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の一部改正)

第3条 生駒市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則（平成17年7月生駒市規則第20号）の一部を次のように改正する。

様式第1号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

	ふりがな 氏名	※受給者番号				③ 加入医療保険			※審査
		現住所				保険種別	保険者番号及名称	被保険者氏名	
助成対象児童	① 父母等申請者	個人番号	年	月	日生	国(市町村 退組) 健(協会組 日) 船共 記号	名称 所在地	氏名 個人番号 年 月 日生 対象者との続柄 () 住所 被保険者資格取得年月日 年 月 日	認定 ・ 却下
	② 対象児童	個人番号	年	月	日生	国(市町村 退組) 健(協会組 日) 船共 記号	名称 所在地	氏名 個人番号 年 月 日生 対象者との続柄 () 住所 被保険者資格取得年月日 年 月 日	認定 ・ 却下
	児童	個人番号	年	月	日生	国(市町村 退組) 健(協会組 日) 船共 記号	名称 所在地	氏名 個人番号 年 月 日生 対象者との続柄 () 住所 被保険者資格取得年月日 年 月 日	認定 ・ 却下
所得状況調査	年度所得		④ 申請者			⑤ 配偶者及び扶養義務者			
	氏名		人			人			人
	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、ウ 控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数))		(ア 人) (イ 人) (ウ 人)			(ア 人) (イ 人) (ウ 人)			(ア 人) (イ 人) (ウ 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			人
	⑧ 所得額		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※
	⑨ 金品等の額		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※
	⑩ 障害者控除		障 特障 人 人 ※	円	障 特障 人 人 ※	円	障 特障 人 人 ※	円	障 特障 人 人 ※
	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 ※	円	寡 寡特 勤 ※	円	寡 寡特 勤 ※	円	寡 寡特 勤 ※
	雑損控除		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※
	医療費控除		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※
小規模企業共済等掛金控除		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	
配偶者特別控除		円 ※	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	円 ※	
社会保険料等相当額		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	
控除後の所得額		※	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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目 1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号 ふりがな 名義				
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付を申請します。 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及び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。									
年 月 日		申請者		住所		氏名		(印)	
生駒市長 殿				電話番号					

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

(生駒市中心身障害者医療費助成条例施行規則の一部改正)

第4条 生駒市中心身障害者医療費助成条例施行規則（平成17年7月生駒市規則
第22号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号 (第3条、第6条関係)

心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書

対 象 者	ふりがな					居住地(住所)										
	氏 名															
	個人番号															
	生年月日		年 月 日													
配 偶 者	氏 名					住所 □同上										
	個人番号															
	生年月日		年 月 日													
	氏 名					住所 □同上										
① 扶 養 義 務 者	氏 名					住所 □同上										
	個人番号															
	生年月日		年 月 日													
	対象者との続柄															
所得状況		対象者の所得状況			配偶者の所得状況			扶養義務者の所得状況								
扶養親族等控除																
② 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、老人控除対象配偶者、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者又は老人扶養親族の合計数))		(人)			(人)			(人)								
③ 所 得 額		円			円			円								
④ 控 除	雑 損		円			円			円							
	医 療 費		円			円			円							
	社 会 保 険 料		円			※ 円			※ 円							
	小規模企業共済等掛金		円			円			円							
	配 偶 者 特 別		円			円			円							
	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の数		人 ※ 円			人 ※ 円			人 ※ 円							
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※ 円			人 ※ 円			人 ※ 円							
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別		障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円			障・特障・勤 ※ 円			障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円							
肉用牛の売却による農業所得についての免除額		円			円			円								
※ 控 除 後 の 所 得 額		円			円			円								
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		対象者との続柄			住所										
	⑤ 保 険 種 別		国保(市町村・退職・組)・健(協会・組・日)・船・共		本人家族		被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		附加給付等の有無	有・無						
	保険者番号及び名称					被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日		年 月 日								
⑥ 交 付 申 請 理 由		1 心身障害者になったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため			4 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)											
⑦ 振込指定金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		種 目		口座番号								
						1 普通 2 当座 3 貯蓄		ふりがな 名 義								
上記のとおり心身障害者医療費受給資格証の交付を申請します。 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及び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。 年 月 日 生駒市長 殿 申請者 住 所 氏 名 電話番号																

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

(生駒市国民健康保険給付規則の一部改正)

第5条 生駒市国民健康保険給付規則（昭和33年11月生駒市規則第4号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。