

もをいう。以下同じ。)」に改め、同条第2項中「乳幼児医療費助成金交付請求書（様式第4号）」を「乳幼児（条例第1条の2第2項に規定する乳幼児をいう。以下同じ。）に係る医療費の助成にあつては乳幼児医療費助成金交付請求書（様式第3号）を、乳幼児以外の子どもに係る医療費の助成にあつては子ども医療費助成金交付請求書（様式第4号）」に改める。

第6条第1項、第7条第1項及び第8条第1項第1号中「対象者」を「受給資格証の交付を受けた対象者」に改める。

第9条中「対象者」を「乳幼児に係る医療費の助成に係る対象者」に改める。

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					
	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				
	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	※			
		特障 人	円			
	寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	寡婦(夫) ・寡特・勤	※			
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						
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。						
⑦振込指定金融機関	銀行	本店 支店 出張所	種 目	口座番号		
	信用金庫		1 普通	ふりがな		
	信用組合		2 当座	名 義		
	農協		3 貯蓄			
上記のとおり、乳幼児医療費助成金の支給を申請します。						
年 月 日						
生駒市長 殿		申請者 住 所		氏 名 ⑧		
		電話番号				

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

様式第 3 号及び様式第 4 号を次のように改める。

様式第3号 (第5条関係)

乳幼児医療費助成金交付請求書						
					年 月 日	
生駒市長 殿		申請者 住所				
金 円		氏 名		㊞		
		電話番号				
年 月分の医療費助成金を交付されるよう請求します。						
受給者番号		受給者氏名		年 月 日生		
医療保険名称及び保険者番号		医療保険記号番号	記号	番号		
なお、助成金の振込は、 <input type="checkbox"/> 自動償還登録口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 次の口座に振り込んでください。						
振込口座	銀行	本店支店	口座番号	1 普通	ふりがな	
	信用金庫			2 当座	名 義	
	農協			3 貯蓄		

※以下の欄は、記入しないでください。

医療等の状況	※ 入院の状況 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで)					
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	※ 通院の状況					
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考	
		日	点	円		
医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
	日	点	円			
合 計			円			

自己負担額 (円)	-	附加給付額 (円)	-	一部負担金 (円)	=	支給額 (円)	円
		高額療養費 (円)					

様式第4号 (第5条関係)

子ども医療費助成金交付請求書						
生駒市長 殿					年 月 日	
金 円			申請者 住所 氏名 電話番号	㊞		
年 月分の医療費助成金を交付されるよう請求します。						
助成対象者	住 所					
	氏 名		年 月 日生			
医療保険名称 及び保険者番号		医療保険 記号番号	記号	番号		
なお、助成金の振込は、の口座に振り込んでください。						
振込 口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店	口座 番号	1 普通 2 当座 3 貯蓄	ふりがな 名 義

※以下の欄は、記入しないでください。

医 療 等 の 状 況	※ 入院の状況 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで)					
	医療機関名 (診療科)		日数	総点数	自己負担支払額	備考
			日	点	円	
	※ 入院の状況 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで)					
	医療機関名 (診療科)		日数	総点数	自己負担支払額	備考
			日	点	円	
	※ 入院の状況 入院期間 (年 月 日から 年 月 日まで)					
	医療機関名 (診療科)		日数	総点数	自己負担支払額	備考
			日	点	円	

自己負担額 (円)	-	附加給付額 (円)	-	一部負担金 (円)	=	支給額 円
自己負担額 (円)	-	附加給付額 (円)	-	一部負担金 (円)	=	支給額 円
自己負担額 (円)	-	附加給付額 (円)	-	一部負担金 (円)	=	支給額 円
						円

附 則

この規則は、平成24年8月1日から施行する。