

生駒市規則第 29 号

生駒市ひとり親家庭等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 24 年 7 月 31 日

生駒市長 山下 真

生駒市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

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。

第 4 条中第 2 項を第 3 項とし、第 1 項の次に次の 1 項を加える。

2 市長は、受給資格証交付申請書の提出がない場合においても、条例第 2 条に
規定する医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、
前項の規定に準じて受給資格証を交付することができる。

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				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				
① 父母等申請者	年月日生	続柄(父・母・)	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	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
	年月日生	続柄(父・母・)	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	対象者との続柄()	住所	被保険者資格取得年月日 年月日	
	年月日生	続柄(父・母・)	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	対象者との続柄()	住所	被保険者資格取得年月日 年月日	
② 対象児童	年月日生	□ 同上	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	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
	年月日生	□ 同上	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	対象者との続柄()	住所	被保険者資格取得年月日 年月日	
	年月日生	□ 同上	国(市町村 退組)	健(協会組日)	船共	記号	名称	所在地	氏名	対象者との続柄()	住所	被保険者資格取得年月日 年月日	
所得状況調	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、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)						
	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	円 ※	円	円 ※	円	
	⑨ 金品等の額		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
	⑩ 障害者控除		障特障人 ※	円	障特障人 ※	円	障特障人 ※	円	障特障人 ※	円	障特障人 ※	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 ※	円	寡寡特 ※	円	寡寡特 ※	円	寡寡特 ※	円	寡寡特 ※	円	
	雑損控除		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	
	医療費控除		円 ※	円	円 ※	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 ※	円	円 ※	円	
配偶者特別控除		円 ※	円	円 ※	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 ※	円	円 ※	円		
社会保険料等相当額		円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円	円 ※	円		
控除後の所得額		※	円	※	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	ふりがな								
		信用組合	出張所	2 当座	名義								
		農協		3 貯蓄									
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。 住所 年月日 申請者 氏名 (印) 生駒市長 殿 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2号（第4条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格証						
公費負担者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					
受給者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					
受給者	住所					
	氏名					
	生年月日	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					

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 ⑩	
金 円		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 信用金庫 支店 農協	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		
	※ 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		
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)
------------	---	------------	---	------------	---	----------

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

申請書 住 所
氏 名
電話番号

㊟

次のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	医療種別		受給者番号	
	氏 名			
	住 所			
申 請 理 由	1 紛失 2 破損 3 その他（ ）			

附 則

この規則は、平成24年8月1日から施行する。