

生駒市規則第 23 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 28 年 6 月 14 日

生駒市長 小 紫 雅 史

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 条第 1 項中「その旨を申請者に通知するものとする」を「ひとり親家庭等
医療費受給資格証交付申請却下通知書（様式第 3 号）を交付するものとする」に
改める。

第 5 条第 2 項中「（様式第 3 号）」を「（様式第 4 号）」に改める。

第 7 条第 1 項中「（様式第 4 号）」を「（様式第 5 号）」に改める。

第 8 条第 1 項中第 5 号を第 6 号とし、第 4 号を第 5 号とし、第 3 号を第 4 号と
し、第 2 号の次に次の 1 号を加える。

(3) 条例第 3 条の 2 第 1 項各号に規定する者に所得の変更が生じたとき。

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

助 成 対 象 児 童 者	フリガナ 氏名	※受給者番号						個人番号										
		現住所						加入医療保険										
	父母等申請者																	
	(男・女)	生駒市						健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。										
	年 月 日生	続柄(父・母・)																
	(男・女)	□ 同上						健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。										
	年 月 日生																	
	対象児童																	
	(男・女)	□ 同上						健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。										
年 月 日生																		
(男・女)	□ 同上						健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。											
年 月 日生																		
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 5 その他 () (交付発生年月日) 年 月 日																
以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ) □ はい □ いいえ(下の欄に口座をご記入ください。)																		
振込指定金融機関		銀行		種 目		口座番号												
信用金庫		本店		1 普通		フリガナ												
信用組合		支店		2 当座		名 義												
農協		出張所		3 貯蓄														
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。 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 生 駒 市 長 殿 電 話																		

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

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 4 条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請却下通知書

第 年 月 号
年 月 日

殿

生駒市長



年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請については、
次の理由により申請を却下しましたので通知します。

（理由）

（行政不服審査法（平成 26 年法律第 68 号）及び行政事件訴訟法（昭和 37 年法律第 139 号）の規定
による教示）

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

金 円

氏名

印

電話

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（どちらかにチェックしてください。）				
☐ 自動償還登録口座へ振り込んでください。 ☐ 次の口座へ振り込んでください。				
振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座番号	1 普通 2 当座 3 貯蓄
学校の怪我である ☐ はい ☐ いいえ				

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

医療費助成金の請求期間は5年です。

様式第 4 号の次に次の 1 様式を加える。

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、早急に返還してください。

附 則

この規則は、平成 2 8 年 8 月 1 日から施行する。