

生駒市規則第 17 号

生駒市子ども医療費助成条例施行規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 2 年 3 月 31 日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市子ども医療費助成条例施行規則等の一部を改正する規則

(生駒市子ども医療費助成条例施行規則の一部改正)

第 1 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。

第 5 条第 2 項中「子ども医療費助成金交付請求書」を「子ども医療費助成金交付申請書」に改める。

様式第 1 号及び様式第 1 号の 2 中「について課税台帳等」を「及び保険資格情報について公簿等」に改める。

様式第 4 号を次のように改める。

子 ども 医 療 費 助 成 金 交 付 申 請 書

年 月 日

生駒市長 殿

金	円
---	---

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

電話 _____

年 月分の医療費助成金を交付されるよう申請します。

受給者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											受給者氏名	年 月 日生
医療保険名称及び 保険者番号	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											医療保険 記号・番号	記号 番号

なお、助成金の振込は

次の口座へ振り込んでください。

振込 口座	銀行	本店 支店 出張所	口座 番号	1 普通	フリガナ	
	信用金庫			2 当座	名義	
	信用組合			3 貯蓄		
農協						

自動償還登録口座へ振り込んでください。

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)		備考
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	
		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
	高額療養費(円)			

(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2条 生駒市ひとり親家庭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5条第2項中「ひとり親家庭等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申請書」に改める。

様式第4号を次のように改める。

ひとり親家庭等医療費助成金交付申請書

年 月 日

生駒市長 殿

金	円
---	---

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

電話 _____

年 月分の医療費助成金を交付されるよう申請します。

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

次の口座へ振り込んでください。

振込 口座	銀行	本店 支店 出張所	口座 番号							1 普通	フリガナ	
	信用金庫									2 当座	名義	
	信用組合									3 貯蓄		
農協												

自動償還登録口座へ振り込んでください。

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

(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3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。

第5条第2項中「心身障害者医療費助成金交付請求書」を「心身障害者医療費助成金交付申請書」に改める。

様式第4号を次のように改める。

心身障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

生駒市長 殿

金	円
---	---

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

電話 _____

年 月分の医療費助成金を交付されるよう申請します。

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

次の口座へ振り込んでください。

振込 口座	銀行	本店 支店 出張所	口座 番号							1 普通	フリガナ	
	信用金庫									2 当座	名義	
	信用組合									3 貯蓄		
農協												

自動償還登録口座へ振り込んでください。

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

(生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則の一部改正)

第4条 生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則（平成27年12月生駒市規則第30号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項中「重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書」を「重度心身障害老人等医療費助成金交付申請書」に改める。

様式第3号を次のように改める。

附 則

この規則は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 1 条中様式第 1 号及び様式第 1 号の 2 の改正規定は、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第 9 号）附則第 1 条第 4 項の政令で定める日から施行する。