

生駒市規則第18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。

令和6年11月29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25年3月生駒市規則第12号)の一部を次のように改正する。

第5条第3号中「被保険者証等の」を「医療保険各法(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。)による」に改める。

別表備考第2項中「社会保険各法」を「医療保険各法」に改める。

様式第1号中「被保険者証等の」を「医療保険各法による」に改める。

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	年 月 日		
							性別	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			
医療保険各法による 記号及び番号の変更		変更前					変更後			
変更年月日		年 月 日								
<p style="text-align: center;">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="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">届出者 住所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">氏名</p>										

添付書類 保険者等の名称（医療保険各法による記号及び番号を含む。）の変更の場合は、当該変更事項がわかるもの

(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。

第3条を次のように改める。

(証明書の交付申請)

第3条 条例第4条第1項の規定による証明書の交付を受けようとする者は、乳幼児・子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書(様式第1号。以下「受給資格証交付申請書」という。)を、個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第5項に規定する個人番号をいう。)の提供、資格確認書(国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は社会保険各法の規定に基づき交付され、又は提供された資格確認書をいう。)の提出その他の方法(以下「個人番号提供等」という。)により子どもが国民健康保険法又は社会保険各法の規定による被保険者等(以下「被保険者等」という。)であることの確認を受けた上で、市長に提出しなければならない。

第5条第2項中「及び次項に定める添付書類を」を「を、個人番号提供等により子どもが被保険者等であることの確認を受けた上で、」に改め、同条第3項及び第4項を削る。

第6条第1項を次のように改める。

受給資格証の交付を受けた対象者は、毎年6月1日から7月末日までに、受給資格証交付申請書を、個人番号提供等により子どもが被保険者等であることの確認を受けた上で市長に提出し、受給資格証の更新を申請することができる。

第6条第2項中「第3条第2項及び」を削る。

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
子ども 医療費受給資格証交付(更新)申請書

子 ども	フリガナ	個 人 番 号			
	氏 名				
	(男 ・ 女)	住 所			
	生年月日	年	月	日	
子どもを主として 養育している者	フリガナ	個 人 番 号			
	氏 名				
	(男 ・ 女)	住 所 □ 同上			
	生年月日	年	月	日	
	子どもとの続柄				
加入医療保険					
交 付 申 請 理 由	1 出生したため	4 保険に新たに加入したため			
	2 小学校に入学したため	5 その他()			
	3 転入してきたため				
	(交付事由発生年月日)		年	月	日
<p>上記のとおり、乳幼児 子ども 医療費受給資格証の交付を申請するとともに、以下のことに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市長が保険資格情報等について公簿等により確認すること。 ・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。 					
年 月 日		申 請 者	住 所		
生駒市長 殿			氏 名		
			電 話		

様式第 1 号の 2 を削る。

様式第 5 号を次のように改める。

様式第5号(第7条関係)

乳幼児
子ども 医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

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										
再交付理由	1 紛失 2 破損 3 その他()										

(注)1 再交付理由が「紛失」以外の場合は、既交付の受給資格証を返還してください。

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。

(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。

第3条第1項中「添えて」を「添え、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号をいう。）の提供、資格確認書（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）又は社会保険各法の規定に基づき交付され、又は提供された資格確認書をいう。以下同じ。）の提出その他の方法（以下「個人番号提供等」という。）により国民健康保険法又は社会保険各法の規定による被保険者等（以下「被保険者等」という。）であることの確認を受けた上で、」に改め、同項ただし書中「（第2号に掲げる書類を除く。）」を削り、同項中第2号を削り、第3号を第2号とする。

第6条第1項中「添えて」を「添え、個人番号提供等により被保険者等であることの確認を受けた上で」に改める。

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

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		生駒市					資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることの確認を受けた方は不要です。)			
	(男・女)		続柄(父・母・)								
	年月日生										
			<input type="checkbox"/> 同上					資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることの確認を受けた方は不要です。)			
	(男・女)										
	年月日生										
			<input type="checkbox"/> 同上					資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることの確認を受けた方は不要です。)			
	(男・女)										
	年月日生										
			<input type="checkbox"/> 同上					資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者等であることの確認を受けた方は不要です。)			
(男・女)											
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) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 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		フリガナ 名 義			
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するとともに、以下のことに同意します。 ・市長が所得の状況、保険資格情報その他ひとり親家庭等医療費助成制度の資格審査のために必要な事項について公簿等により確認すること。 ・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。 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5号を次のように改める。

様式第5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

申請者 住 所

氏 名

電 話

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																			
再交付理由	1 紛失 2 破損 3 その他()																			

(注)1 再交付理由が「紛失」以外の場合は、既交付の受給資格証を返還してください。

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。

(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。

第3条第1項を次のように改める。

条例第4条第1項の規定による証明書の交付を受けようとする者は、心身障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書（様式第1号。以下「受給資格証交付申請書」という。）にその者、その者の配偶者及びその者の扶養義務者の所得の状況を証する書類並びに身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添え、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号をいう。）の提供、資格確認書（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）又は社会保険各法の規定に基づき交付され、又は提供された資格確認書をいう。以下同じ。）の提出その他の方法（以下「個人番号提供等」という。）により国民健康保険法又は社会保険各法の規定による被保険者等（以下「被保険者等」という。）であることの確認を受けた上で、市長に提出しなければならない。

第6条第1項を次のように改める。

受給者は、毎年6月1日から7月末日までに、受給資格証交付申請書にその者、その者の配偶者及びその者の扶養義務者の所得の状況を証する書類を添え、個人番号提供等により被保険者等であることの確認を受けた上で市長に提出し、受給資格証の更新を申請することができる。

様式第1号を次のように改める。

様式第 5 号を次のように改める。

様式第5号(第7条関係)

心身障害者医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

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																			
再交付理由	1 紛失 2 破損 3 その他()																			

(注)1 再交付理由が「紛失」以外の場合は、既交付の受給資格証を返還してください。

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。

(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5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2条第1項中「添えて」を「添え、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号をいう。）の提供、資格確認書（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定に基づき交付され、又は提供された資格確認書をいう。以下同じ。）の提出その他の方法（以下「個人番号提供等」という。）により同法の規定による被保険者（以下「被保険者」という。）であることの確認を受けた上で、」に改め、同項中第1号を削り、第2号を第1号とし、第3号を第2号とする。

第5条第1項中「添えて」を「添え、個人番号提供等により被保険者であることの確認を受けた上で」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号(第2条、第5条関係)

重度心身障害老人等医療費受給資格認定(更新)申請書

対象者	フリガナ											個人番号					
	氏名											住所					
	生年月日	年	月	日													
配偶者	フリガナ											個人番号					
	氏名											住所 <input type="checkbox"/> 同上					
	生年月日	年	月	日													
扶養義務者	フリガナ											個人番号					
	氏名											住所 <input type="checkbox"/> 同上					
	生年月日	年	月	日													
	対象者との続柄																
加入医療保険		資格確認書その他被保険者であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者であることの確認を受けた方は不要です。)															
申請理由	<input type="checkbox"/> 更新申請																
	新規	心身障害者の方 該当する番号及び項目を○で囲んでください。					1 身体障害者手帳(1級 2級)を所持している。 2 療育手帳(A1 A2)を所持している。 3 その他()										
		ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲んでください。					1 配偶者のない者で18歳未満の児童を扶養しているもの 2 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のない者又は婚姻をしたことのない者										
							養育している児童 住所 氏名 (生年月日) 年 月 日 (養育している児童が2人以上いる場合は、最年少の者を記入)										
以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(下の欄に口座をご記入ください。)																	
振込指定口座		銀行		本店		種目		口座番号									
		信用金庫		支店		1 普通		フリガナ									
		信用組合		出張所		2 当座		名義									
		農協				3 貯蓄											
<p>上記のとおり受給資格の認定を申請するとともに、以下のことに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市長が所得の状況その他重度心身障害医療費助成制度の資格審査のために必要な事項について公簿等により確認すること。 ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。 																	
年 月 日				申請者		住 所											
生駒市長 殿						氏 名											
						電 話											

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の規則（以下「旧規則」という。）の規定により提出されている様式は、この規則による改正後の規則の規定により提出された様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に存する旧規則の規定による様式は、所要の修正を加え、なお使用することができる。