

## ○村田町子ども医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年9月14日

規則第16号

(趣旨)

第1条 この規則は、村田町子ども医療費の助成に関する条例（平成16年村田町条例第9号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

（平20規則4・一部改正）

(社会保険各法)

第2条 条例第4条第1項に規定する社会保険各法とは、次に掲げるものとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

（平28規則19・旧第4条繰上）

(受給資格登録申請書等)

第3条 条例第5条第1項に規定する登録申請書及び第3項に規定する更新申請書は、子ども医療費受給資格登録（更新）申請書（様式第1号）とする。

2 条例第5条第4項の通知は、子ども医療費助成認定通知書（様式第2号）又は子ども医療費受給資格登録（更新）申請非該当通知書（様式第3号）により行うものとする。

（平18規則26・一部改正、平28規則19・旧第5条繰上、平30規則23・一部改正）

(受給者証)

第4条 条例第6条第1項に規定する受給者に対し、子ども医療費助成受給者証（様式第4号）（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

（平18規則26・一部改正、平28規則19・旧第6条繰上、平30規則23・令2規則18・一部改正）

(変更届)

第5条 条例第6条第2項に規定する届出は、子ども医療費受給資格内容等変更届出書（様式第5号）に受給者証を添付して行うものとする。

（平18規則26・一部改正、平28規則19・旧第7条繰上、平30規則23・一部改正）

(助成申請書)

第6条 条例第8条第2項に規定する申請は、子ども医療費助成申請書（様式第6号）により行うものとする。

（平18規則26・平20規則4・平20規則15・一部改正、平28規則19・旧第8条繰上、平30規則23・一部改正）

(交付決定通知書)

第7条 条例第9条に規定する通知書は、子ども医療費交付決定通知書（様式第7号）とする。

（平18規則26・一部改正、平28規則19・旧第9条繰上、平30規則23・令2規則18・一部改正）

(受給者証の再交付)

第8条 受給者は、受給者証を破損し又は亡失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、子ども医療費受給者証再交付申請書（様式第8号）により町長に申請するものとする。

（平18規則26・一部改正、平28規則19・旧第10条繰上、平30規則23・一部改正）

(受給者証の返還)

第9条 受給者は、登録の有効期間の終了又は転出等の理由により受給資格を喪失したときは、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

（平28規則19・旧第11条繰上）

附 則

(施行期日等)

1 この規則は、平成16年10月1日から施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

(登録等の特例)

2 規則第5条の規定に係る事務は、前項の規定にかかわらず、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

（村田町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の廃止）

3 村田町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則（昭和61年村田町規則第7号）は、廃止する。

(経過措置)

4 廃止前の村田町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式は、当分の間、この規則の規定によるものとみなす。

附 則 (平成18年9月29日規則第26号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則 (平成19年3月28日規則第8号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則 (平成20年3月26日規則第4号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則 (平成20年9月25日規則第15号)

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則 (平成24年11月30日規則第14号)

この規則は、公布の日から施行し、平成24年10月1日から適用する。

附 則 (平成25年3月29日規則第14号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年3月24日規則第5号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年12月7日規則第19号)

(施行期日)

1 この規則は、平成29年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の改正後の規則第3条の規定に係る事務は、前項の規定にかかわらず、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

附 則 (平成30年9月26日規則第23号)

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則 (令和2年9月1日規則第18号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年12月24日規則第19号)

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

※ 処理 事項	受給資格 有無 番号	適否	(否の理由)
			附加給付 有無
子ども医療費受給資格登録(更新)申請書			
村田町長 年 月 日			
申請者 氏名(署名)			
情報の閲覧等に関する同意の確認(同意の場合に☑) <input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり、関係書類を添えて子ども医療費受給資格の登録を申請(更新)します。また、登録申請及び以後の登録更新時において、公務により、町が当該子どもの保護者及び同居家族等の方税に関する情報を閲覧することに同意します。			
保護者等	フリガナ	性別	生年月日 年月日
	氏名	男・女	個人番号
住所	TEL( )	子どもとの統柄	
	職業	勤務先	TEL( )
配偶者	フリガナ	性別	生年月日 年月日
	氏名	男・女	個人番号
子ども	フリガナ	性別	生年月日 年月日
	氏名	男・女	個人番号
住所	・保護者等と同じ TEL( )		
加入健康保険	保険者名称 記号・番号	保険者番号 番号	資格取得年月日
被保険者氏名 世帯主氏名	TEL( )		
上記の者の子ども医療費助成について下記口座へ振り込みされることを承諾します			
金融機関名 農協 銀行 信金	口座番号 普通・当座 No.	口座名義	

(注) 1. ※処理事項欄は、記入する必要がありません。  
2. 更新申請に当たっては、附加給付に異動がないときは、附加給付に関する証明を省略できます。

1月1日現在の住所地	保護者等(今年) 市区町村	保護者等(昨年) 市区町村	保護者等(今年) 市区町村
	配偶者(今年) 市区町村	配偶者(昨年) 市区町村	配偶者(今年) 市区町村

附加給付に関する証明			
当事業所においては、左記対象者の医療費に係る被保険者に対する附加給付(家扶療養費)は次のとおりです。 ※被扶養者(子ども)が医療機関で受診した時に保険診療分の一部負担金を保険者(事業所)が還元する制度の有無とその内容について証明してください。附加給付がない場合は「なし」で結構です。			
(給付規定の内容) 1. なし 2. あり (附加給付内容の記載、もしくは写し添付)			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
事業所名 印			
所得額に関する調査			
保護者の前年又は前々年の所得額	総所得金額	円	社会保険料控除額 80,000円(-一律)
	退職所得金額		控除額
	山林所得金額		控除額
	土地等に係る事業所得等の金額		控除額
	長期譲渡所得金額		控除額
	短期譲渡所得金額		控除額
	先物取引に係る雑所得等の金額		控除額
	計(A)		内用牛乳料による事業所得に対する道府県民税の免除に相当する額
			計(B)
(A) (B)		※県基準所得額	
控除後の所得額 = (A) - (B)		円	円
保護者の控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	うち老人控除対象配偶者又は老人扶養親族の数 人	人
		うち特定扶養親族の数 人	人

第 年 月 号  
日

様

村田町長

子ども医療費助成 認定通知書

年 月 日付で申請がありました、子ども医療費受給資格について、次とのおり認定しましたので、お知らせいたします。

記

認定に関する事項							
受給者番号							
対象者氏名							
生年月日	年	月	日	性別			
申請者氏名							
有効期間	年	月	日	～	年	月	日

(教示)

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、村田町長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内に、村田町を被告として（訴訟において村田町を代表する者は、村田町長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第 年 月 日 号

様

村田町長

子ども医療費受給資格登録(更新)申請 非該当通知書

年 月 日付で申請のありました子ども医療費受給資格登録(更新)については、審査の結果、下記のとおり非該当と決定しましたので通知します。

記

非該当に関する事項			
受給者番号			
対象者氏名			
生年月日	年 月 日	性 別	
申請者氏名			
非該当理由			
非該当期間	年 月 日	～	年 月 日

(教示)

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、村田町長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内に、村田町を被告として（訴訟において村田町を代表する者は、村田町長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第4号(第4条関係)

子ども医療費助成受給者証(公費負担)		
受給者番号		
氏名	性別	
生年月日	年	月
住所	日	
有効期間	年	月
	年	月
年	月	日
交付	宮城県村田町長	
	印	

## 様式第5号（第5条関係）

## 子ども医療費受給資格内容等変更届出書

受給者証番号						
受給者	氏名					
	住所					
子ども	氏名			生年月日	年月日	
	住所					
変更事項	変更事由					
	区分		新		旧	
	氏名					
	個人番号					
	住所					
	加入保険	記号番号				
		保険者名				
		摘要				
	金融機関名					
	口座番号					
	備考					

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えてお届けします。

年 月 日

村田町長

住 所  
受給者  
氏名

様式第6号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

村田町長

受給者	住所			
	氏名	（ ）		

年 月 分 子ども医療費を、下記のとおり申請します。

子ども	受給者 記番号				
	氏名	(男・女)	年	月	日
被保険者証	記号	番号	1 社保	2 国保	
	管掌別 保険者名	健康保険証の発行機関名を書いてください。			

◎診療点数 及び 医療機関名	診療年月		年月診療		
	診療区分		1 外来	2 入院	日 3 訪問看護
	診療 点 数 等	療養給付等 (注1参考)	診療点数 点		
			療養の総費用 円		
		訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 総 費 用 基 本 利 用 料	回 円 円 円	
	※ 下欄は該当者のみ記入してください。 育成医療費等その他の公費負担医療を受給している方については、その名称と支払った負担金を必ず記入してください。 名称 医療 自己負担額 円				
医療 機 関	コード				
	住所 氏名・名称				印

◎印欄以外は、申請者がもれなく記入してください。

◎印欄は、医療機関で記入してください。

注1) 接骨・鍼・灸・マッサージの場合は、療養の総費用の欄に、「保険診療の費用額」を記入願います。

注2) この用紙は、医療機関(総合病院については診療科)ごと診療月ごとに1枚、医療機関に提出してください。

整理番号	
------	--

子ども医療費交付決定通知書

様

給付 対象者	様
振込 年月日	年 月 日振込
振込先の口 座情報等	
助成額	円
診療内容	

さきに助成申請のありました医療費については、上記の  
とおり決定し、指定された口座への振り込み手続きを行  
ましたので通知します。

年 月 日

村田町長

様式第8号 (第8条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

受 給 者	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所			続柄	
子 ど も	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所				
	加入保険				
	記号番号				
	保険者名				

子ども医療費受給者証を  
き　損　　したので再交付を申請します。  
亡　失

年　月　日

村　田　町　長

住　所  
受給者  
氏　名

様式第1号 (第3条関係)

(令2規則18・全改、令3規則19・一部改正)

様式第2号 (第3条関係)

(平30規則23・全改)

様式第3号 (第3条関係)

(平30規則23・全改)

様式第4号 (第4条関係)

(平30規則23・全改、令2規則18・一部改正)

様式第5号 (第5条関係)

(平28規則19・全改、令3規則19・一部改正)

様式第6号 (第6条関係)

(平28規則19・全改、令3規則19・一部改正)

様式第7号 (第7条関係)

(平30規則23・全改、令2規則18・一部改正)

様式第8号 (第8条関係)

(平28規則19・全改、令3規則19・一部改正)