

○村田町母子・父子家庭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18号

村田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則(昭和58年村田町規則第16号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、村田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例(平成16年村田町条例第11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。

(父母のない児童)

第2条 条例第2条第3号に規定する児童は、次に掲げる者とする。

- (1) 父母(実父母及び養父母を含む。以下同じ。)と死別した児童
- (2) 父母の生死が明らかでない児童
- (3) 父母から遺棄されている児童
- (4) 父母が海外にあるためその扶養を受けることができない児童
- (5) 父母が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている(家事・育児が不能を含む。)ため、その扶養を受けることができない児童
- (6) 父母が法令により長期にわたって拘禁されているため、その扶養を受けることができない児童

(平20規則16・一部改正、平26規則15・旧第3条繰上)

(社会保険各法)

第3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26規則15・旧第4条繰上)

(基準額)

第4条 条例第3条第2項第3号に規定する額は、同号に規定する扶養親族等及び母子家庭の母又は父子家庭の父の扶養親族等でない児童で当該母子家庭の母又は父子家庭の父が前年の12月31日において生計を維持したもの(以下「扶養外児童」という。)がないときは154万円とし、扶養親族等又は扶養外児童があるときは154万円に当該扶養親族等又は扶

養外児童1人につき38万円（当該扶養親族等が所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する同一生計配偶者のうち70歳以上の者又は老人扶養親族であるときは、当該同一生計配偶者のうち70歳以上の者又は老人扶養親族1人につき48万円、特定扶養親族等（同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族（19歳未満の者に限る。）をいう。）であるときは、当該特定扶養親族等1人につき53万円）を加算した額とする。

2 条例第3条第2項第4号に規定する額は、同号に規定する扶養親族等がないときは、236万円とし、扶養親族等があるときは、当該扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表の右欄に定めるとおりとする。

| 扶養親族等の数 | 金額 |
|---------|--|
| 1人 | 274万円 |
| 2人以上 | 274万円に扶養親族等のうち一人を除いた扶養親族等一人につき38万円を加算した額（所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、その額に当該老人扶養親族一人につき（当該老人親族のほかに扶養親族がないときは、当該老人扶養親族のうち一人を除いた老人扶養親族一人につき）6万円）を加算した額） |

（平20規則16・平24規則15・一部改正、平26規則15・旧第5条繰上、平30規則17・一部改正）

（所得の範囲及び所得の額の計算方法）

第5条 条例第3条第2項第3号及び第4号に規定する所得は、地方税法（昭和25年法律第226号）第4条第2項第1号に掲げる道府県民税についての同法その他道府県民税に関する法令の規定による非課税所得以外の所得とする。

2 前項に規定する所得の額は、条例第5条第1項又は第3項の受給資格（更新）登録申請書の提出があった月の属する年度分（4月から9月までの間に同条第1項の規定による受給資格登録申請書の提出があった場合は、その提出があった月の属する年度の前年度分とする。以下同じ。）の道府県民税に係る地方税法第32条第1項に規定する総所得金額（所得税法第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得を有する場合には、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2

項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額（当該金額が0を下回る場合には、0とする。）と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の金額の合計額として計算するものとする。）、退職所得金額及び山林所得金額、同法附則第33条の3第1項に規定する土地等に係る事業所得等の金額、同法附則第34条第1項に規定する長期譲渡所得の金額（租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の2第1項又は第36条の規定の適用がある場合には、これらの規定の適用により同法第31条第1項に規定する長期譲渡所得の金額から控除する金額を控除した額）、地方税法附則第35条第1項に規定する短期譲渡所得の金額（租税特別措置法第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の3第1項又は第36条の規定の適用がある場合には、これらの規定の適用により同法第32条第1項に規定する短期譲渡所得の金額から控除する金額を控除した額）、並びに地方税法附則第35条の4第1項に規定する先物取引に係る雑所得等の金額の合計額から8万円を控除した額とする。

3 次の各号に該当する者は、当該各号に掲げる額を前項の規定によって計算した額からそれぞれ控除するものとする。

- (1) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第1号、第2号、第4号又は第10号の2に規定する控除を受けた者 当該雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額又は配偶者特別控除額に相当する額
- (2) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第6号に規定する控除を受けた者 当該控除の対象となった障害者1人につき27万円（当該障害者が同号に規定する特別障害者であるときは、40万円）
- (3) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第8号に規定する控除を受けた者 27万円
- (4) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第8号の2に規定する控除を受けた者 35万円
- (5) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第9号に規定する控除を受けた者 27万円
- (6) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法附則第6条第1項に規定する免除を受けた者 当該免除に係る所得の額

(平18規則25・平20規則16・一部改正、平26規則15・旧第6条繰上、令元規則15・令5規則21・一部改正)

(受給資格登録申請書等)

第6条 条例第5条第1項に規定する登録申請書は、母子・父子家庭医療費受給資格登録申請書（様式第1号）とする。

2 条例第5条第3項に規定する更新申請書は、母子・父子家庭医療費受給資格更新申請書（様式第2号）とする。

3 条例第5条第4項の通知は、母子・父子家庭医療費受給資格認定通知書（様式第3号）又は母子・父子家庭医療費受給資格登録（更新）申請却下通知書（様式第4号）により行うものとする。

(平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第7条繰上、令2規則19・一部改正)

(受給者証)

第7条 条例第6条第1項に規定する受給者に対し、母子・父子家庭医療費受給者証（様式第5号）（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

(平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第8条繰上、令2規則19・一部改正)

(変更届)

第8条 条例第6条第2項に規定する届出は、母子・父子家庭医療費受給資格変更届（様式第6号）により行うものとする。

(平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第9条繰上、令2規則19・一部改正)

(助成申請書)

第9条 条例第8条に規定する申請は、母子・父子家庭医療費助成申請書（様式第7号）を医療機関等に提出して行うものとする。

(平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第10条繰上、令2規則19・一部改正)

(交付決定通知書)

第10条 条例第9条に規定する通知書は、母子・父子家庭医療費助成決定通知書（様式第8号）とする。

(平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第11条繰上、令2規則19・一部改正)

(受給者証の再交付)

第11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、母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書（様式第9号）により町長に申請するものとする。

（平18規則25・一部改正、平26規則15・旧第12条繰上、令2規則19・一部改正）

(受給者証の返還)

第12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18規則25・追加、平26規則15・旧第13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 第7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。

(経過措置)

3 改正前の村田町母子・父子家庭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25号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年9月25日規則第16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15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26年12月10日規則第15号）

この規則は、公布の日から施行する。

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30年6月20日規則第17号）

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の村田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成30年分以後の所得による医療費の助成の制限について適用し、平成29年分以前の所得による医療費の助成の制限については、なお従前の例による。

附 則（令和元年9月30日規則第15号）

(施行期日)

1 この規則は、令和元年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の村田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成30年分以後の所得による医療費の助成の制限について適用し、平成29年分以前の所得による医療費助成の制限については、なお従前の例による。

附 則（令和2年9月1日規則第19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。

附 則（令和5年9月1日規則第21号）

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の村田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則第5条の規定は、令和4年分以後の所得による受給資格の認定について適用し、令和3年分以前の所得による受給資格の認定については、なお従前の例による。

様式第1号（第6条関係）

| 母子・父子家庭医療費受給資格登録申請書 | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|--|-------------------------|-------|-------------|---------|-------|-----|--|
| 年　月　日 | | | | | | | | | |
| 村田町長 | | | | | | | | | |
| 申請者 住 所 氏 名(署名) 電話番号 | | | | | | | | | |
| 情報の閲覧等に関する同意の確認（同意の場合は□を入れてください。） | | <small>チェック欄</small> <input type="checkbox"/> 次のとおり、関係書類を添えて母子・父子家庭医療費助成受給資格の登録を申請します。なお、この申請に係る受給資格の確認を行うため、町が当該申請者及び同居家族等の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。 | | | | | | | |
| 申請者 | ふりがな | | 児童との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏 名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | 勤務先 | TEL () | | | |
| 児童 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏 名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | 学校名 (学年) | (年) | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏 名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | 学校名 (学年) | (年) | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏 名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | 勤務先 | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏 名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | 勤務先 | | | | |
| 母子・父子家庭となった事由 | | 死別・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・未婚・父母のいない児童・その他() | | | | | | | |
| 児童扶養手当の受給の有無 | | 有・無 | | 証書番号 | 第 号 | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者 氏名 | | | 記号・番号 | | | | | |
| | 健康保険の種別 | | 国保・協会健保・組合・船員・共済・その他() | | | | | | |
| | 保険者 | 名 称 | | | | 取得年月日 | 年　月　日 | | |
| 所在地 | | | | | | 附加給付 | | 有・無 | |
| 振込希望金融機関名 | | | 口座番号 | | 口座名義(ふりがな) | | | | |

附加給付に関する証明

当該事業所における左記受給資格者に対する附加給付は、次のとおりです。

| | | |
|---------|------|-------------------------|
| 給付規定の内容 | 被保険者 | なし・あり（ありの場合は給付規定の写しを添付） |
| | 被扶養者 | なし・あり（ありの場合は給付規定の写しを添付） |

上記のとおり相違ないこと証明します。

年　月　日

事業所名

あなたと、あなたの配偶者、同居している扶養義務者の所得について

| 年分所得 | 申請者 | 配偶者 | ①扶養義務者 |
|---|------------------------------|------------|------------|
| 氏　名 | | | () |
| ② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち⑦老人扶養親族の数（申請者については、⑦同一生計配偶者（70歳以上の者）及び老人扶養親族の合計数、④特定扶養親族の数、⑦16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数）） | 人 ⑦（ ）人 ④（ ）人 ⑦（ ）人 | 人 ⑦（ ）人 | 人 ⑦（ ）人 |
| ③ ②以外に前年の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 | | |
| ④ 所　得　額 | 円 | 円 | 円 |
| 控除 ⑤ 障害者である控除対象配偶者及び扶養親族 | 障 （ ）人 円 | （ ）人 円 | （ ）人 円 |
| 除 ⑥ 障害者・特別障害者・老年者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別 | 特障 （ ）人 円 | （ ）人 円 | （ ）人 円 |
| ⑦ | （ ）人 円 | （ ）人 円 | （ ）人 円 |
| 社会保険料等相当額 | 円 | 円 | 円 |
| 控除後の所得額 | 円 | 円 | 円 |
| 所得制限限度額 | 円 | 円 | 円 |

| | | | |
|-------|---------|------|--------------|
| ※処理事項 | 受給資格の適否 | 適・否 | (否の理由) |
| | 受給者番号 | 第　　号 | 交付年月日　　年　月　日 |

記入上の注意事項

- 1 ①の欄は、あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるとき、そのうち所得の一番高い人を記入してください。
- 2 ②の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。
なお、地方税法に定める老人扶養親族(請求者については、同法に定める老人控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族)があるときは、その人の数を()内に再掲してください。
- 3 ③の欄にいう「児童」とは、地方税法(昭和40年法律第33号)に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 4 ④の欄は、前年(1月から9月までの間に申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び先物取引に係る雑損所得等の金額の合計額を記入してください。
なお、みなし法人課税を選択している場合は、その旨申し出て下さい。
- 5 ⑤の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入し、⑥の欄は、該当するときに該当する文字を○で囲んでください。
- 6 ⑦の欄は、前年の所得について地方税法等に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済掛金控除又は配偶者特別控除等を記入してください。
- 7 この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
 - (1) あなたと児童の戸籍謄本
 - (2) あなたと児童の属する世帯の住民票謄本
 - (3) 申請者が父又は母以外の者である場合は、児童の父及び母の戸籍謄本
 - (4) 次の場合は、その事実を明らかにできる書類
 - イ 配偶者の生死が不明な場合
 - ロ 配偶者から遺棄されている場合
 - ハ 配偶者が海外にいる場合
 - ニ 配偶者が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている場合
 - ホ 配偶者が拘禁されている場合
 - ヘ 父母のいない児童を養育している場合
 - (5) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、(1)～(4)の書類添付を省略することができます。
- 8 この申請書について分からぬことがありますたら、村田町役場にお問い合わせください。

様式第2号（第6条関係）

| 母子・父子家庭医療費受給資格更新申請書 | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|---|-------------------------|---------|---------|---------|-------|-----|
| 年　月　日 | | | | | | | | |
| 村田町長 | | | | | | | | |
| 申請者　住　所 氏　名(署名) 電話番号 | | | | | | | | |
| 情報の閲覧等に関する同意の確認（同意の場合は☑を入れてください。） | | <small>チェック欄</small> <input type="checkbox"/> 次のとおり、関係書類を添えて母子・父子家庭医療費助成受給資格の更新を申請します。なお、この申請に係る受給資格の確認を行うため、町が当該申請者及び同居家族等の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。 | | | | | | |
| 本年10月1日現在における助成対象者等の状況 | 申請者 | ふりがな | | 児童との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| | | 氏　名 | | 個人番号 | | | | |
| | | 住　所 | | | 勤務先 | TEL () | | |
| | 児童 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| | | 氏　名 | | 個人番号 | | | | |
| | | 住　所 | | | 学校名(学年) | (　年) | | |
| | | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| | | 氏　名 | | 個人番号 | | | | |
| | | 住　所 | | | 学校名(学年) | (　年) | | |
| | 扶養義務者 | ふりがな | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 | | | 個人番号 | | | | | |
| 住　所 | | | | 勤務先 | | | | |
| ふりがな | | | 申請者との続柄 | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 | |
| 氏　名 | | | 個人番号 | | | | | |
| 住　所 | | | | 勤務先 | | | | |
| 母子・父子家庭となった事由 | | 死別・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・未婚・父母のいない児童・その他() | | | | | | |
| 児童扶養手当の受給の有無 | | 有・無 | 証書番号 | 第　　号 | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | 記号・番号 | | | | |
| | 健康保険の種別 | | 国保・協会健保・組合・船員・共済・その他() | | | | | |
| | 保険者 | 名称 | | | | 取得年月日 | 年　月　日 | |
| 所在地 | | | | | 附加給付 | 有・無 | | |

附加給付に関する証明

当該事業所における左記受給資格者に対する附加給付は、次のとおりです。

| | | |
|---------|------|-------------------------|
| 給付規定の内容 | 被保険者 | なし・あり（ありの場合は給付規定の写しを添付） |
| | 被扶養者 | なし・あり（ありの場合は給付規定の写しを添付） |

上記のとおり相違ないこと証明します。

年　月　日

事業所名

あなたと、あなたの配偶者、同居している扶養義務者の所得について

| 年分所得 | 申請者 | 配偶者 | ①扶養義務者 |
|---|------------------------------|------------|------------|
| 氏　名 | | | () |
| ② 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち⑦老人扶養親族の数（申請者については、⑦同一生計配偶者（70歳以上の者）及び老人扶養親族の合計数、④特定扶養親族の数、⑦16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数）） | 人 ⑦（ ）人 ④（ ）人 ⑦（ ）人 | 人 ⑦（ ）人 | 人 ⑦（ ）人 |
| ③ ②以外に前年の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 | | |
| ④ 所　得　額 | 円 | 円 | 円 |
| 控除 ⑤ 障害者である控除対象配偶者及び扶養親族 | 障（ ）人 円 | （ ）人 円 | （ ）人 円 |
| 除 ⑥ 障害者・特別障害者・老年者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別 | 特障（ ）人 円 | （ ）人 円 | （ ）人 円 |
| ⑦ | 円 | 円 | 円 |
| 社会保険料等相当額 | 円 | 円 | 円 |
| 控除後の所得額 | 円 | 円 | 円 |
| 所得制限限度額 | 円 | 円 | 円 |

| | | | |
|-------|---------|------|--------------|
| ※処理事項 | 受給資格の適否 | 適・否 | (否の理由) |
| | 受給者番号 | 第　　号 | 交付年月日　　年　月　日 |

記入上の注意事項

- 1 ①の欄は、あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるとき、そのうち所得の一番高い人を記入してください。
- 2 ②の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。
なお、地方税法に定める老人扶養親族(請求者については、同法に定める老人控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族)があるときは、その人の数を()内に再掲してください。
- 3 ③の欄にいう「児童」とは、地方税法(昭和40年法律第33号)に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 4 ④の欄は、前年(1月から9月までの間に申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び先物取引に係る雑損所得等の金額の合計額を記入してください。
なお、みなし法人課税を選択している場合は、その旨申し出て下さい。
- 5 ⑤の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入し、⑥の欄は、該当するときに該当する文字を○で囲んでください。
- 6 ⑦の欄は、前年の所得について地方税法等に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済掛金控除又は配偶者特別控除等を記入してください。
- 7 この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
 - (1) あなたと児童の属する世帯の住民票謄本
 - (2) 次の場合には、その事実を明らかにできる書類
 - イ 配偶者の生死が不明な場合
 - ロ 配偶者から遺棄されている場合
 - ハ 配偶者が海外にいる場合
 - ニ 配偶者が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている場合
 - ホ 配偶者が拘禁されている場合
 - ヘ 父母のいない児童を養育している場合
 - (3) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、(1)及び(2)の書類添付を省略することができます。
- 8 この申請書について分からぬことがありますたら、村田町役場にお問い合わせください。

様式第3号(第6条関係)

第 号
年 月
日

様

村田町長

母子・父子家庭医療費受給資格認定通知書

年 月 日付けで申請のありました母子・父子家庭医療費受給資格については、
下記のとおり認定しましたので受給者証を送付します。

記

1 助成開始日 年 月 日から

2 助成対象期限 年 9月 30日まで

※ただし、その前に助成対象である児童が18歳に到達した場合は、到達
した日以降最初の3月31日まで

(注) 母又は父が婚姻や他の市町村へ転出するなど、受給資格を喪失する場合は、速や
かに受給者証を町長へ返還してください。

(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、この処分があつたことを知った日（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つたことを知った日）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6条関係)

第 号
年 月 日

様

村田町長

母子・父子家庭医療費受給資格登録(更新)申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました母子・父子家庭医療費受給資格については、
下記の理由により却下します。

記

| | |
|------|--|
| 却下理由 | |
| 却下期間 | |
| 備考 | |

※ なお、却下期間満了後の助成の可否については審査の上、再度通知いたします。

(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5号(第7条関係)

(表)
8.5cm

(裏)

12.5cm

| 母子・父子家庭医療費受給者証 | | | | |
|----------------|--------------------|----|------|---------------|
| 受給者番号 | | | | |
| 申請者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | |
| 区分 | 氏名 | 統柄 | 生年月日 | 資格そうち 失年月日 |
| 受給者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 有効期限 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 市町村長名及び印 | 村田町長 | | | |

注意事項

- この証は、受給者が医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- 受診される際に、保険証と一緒に本証を医療機関等窓口に呈示し、次のとおり助成申請書を提出してください。
 - 個人病院・院外薬局…1ヶ月に1枚
 - 総合病院…診療科ごと1ヶ月に1枚
- 助成される金額は、保険診療の自己負担額から足切額(外来1件につき1,000円・入院1件につき2,000円)を差し引いた額です。ただし、高額療養費、附加給付が支給されるときは、その額を差し引いて助成します。
- 次のことができたときは、必ず届け出て下さい。
 - (1) 氏名に変更があったとき
 - (2) 住所を変更したとき
 - (3) 加入保険に変更があったとき
 - (4) 受給者の一部の者に係る資格の取得又はそう失があったとき
- 有効期間を超えたときや受給の資格がなくなったときは、本証を村田町役場に返却してください。
- 受給資格がない方が、本制度による医療費助成を受けた場合、その他過払い等が生じた場合は、返還していただくことになります。
- この証を破損したり、なくしたりしたときは、再交付を受けてください。
お問合せ先

様式第6号(第8条関係)

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-------|--|-----------------|--|------|-------|
| 母子・父子家庭医療費受給資格変更届 | | | | | | | |
| 年　月　日 | | | | | | | |
| 村田町長 | | | | | | | |
| 住　所 申請者 氏　名 | | | | | | | |
| 次のとおり変更が生じたので、条例第6条第2項の規定により届出します。 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | 第　　号 | | 変更事由 | | | |
| 区分 | | 新 | | 旧 | | | |
| 受給資格者 | 氏　名 | | | 氏　名 | | | |
| | 住　所 | | | 住　所 | | | |
| 加入保険 | 記　号 | | | 記　号 | | | |
| | 番　号 | | | 番　号 | | | |
| | 保険者名 | | | 保険者名 | | | |
| | 被保険者名 | | | 被保険者名 | | | |
| | 附加給付内容 | | | 附加給付内容 | | | |
| 金融機関 | 金融機関及び 支　店　名 | | | 金融機関及び 支　店　名 | | | |
| | 口　座　番　号 | | | 口　座　番　号 | | | |
| 変　更　年　月　日 | | 年　月　日 | | | | | |
| 児童の資格取得・ そう失者 | 氏　名 | | | 続柄 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 取得・そう失・年月日 | | | | | | |
| | 取得・そう失　事由 | | | | | | |
| (注意) 変更の事実を証明できるものを呈示してください。 | | | | | | | |

| 母子・父子家庭医療費助成申請書 | | | |
|------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| 年 月 日 | | | |
| 村田町長 | | | |
| 受給者 | 住 所 | | |
| | 氏 名 | ㊞() | |
| 年 月分母子・父子家庭医療費を、下記のとおり申請します。 | | | |
| 受 診 者 | 受 給 者 記 番 号 | | |
| | 氏 名 | (男・女) | 年 月 日生 |
| 被 保 険 者 記 号 | 1 社会保険 被保険者 | 2 社会保険 被扶養者 | 3 村田町 国民健康保険 |
| | 記号 | 番号 | 管掌別保険者名 |

| 診 療 点 数 等 | 診 療 年 月 | | 年 月診療 | | |
|---|------------------------|-----------|--------------|------|--------|
| | 診 療 区 分 | | 1 外来 | 2 入院 | 3 訪問看護 |
| | 療 養 給 付 等 (注 1 参 照) | | 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 数 | 回 | | | |
| | 總 費 用 | 円 | | | |
| | 基 本 利 用 料 | 円 | | | |
| ※ 下欄は該当者のみ記入してください。 更生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 一 ド | | | | |
| 住 所 | | | | | ㊞ |
| 氏 名 ・ 名 称 | | | | | |

| 一部負担金(A) | 附加給付額等(B) | 足切額(C) | 助成決定額(A-B-C) |
|----------|-----------|--------|--------------|
| 円 | 円 | 円 | 円 |

◎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 | |
|------|--|

様式第8号(第10条関係)

| 母子・父子家庭医療費助成決定通知書 | | | |
|---|-----|--------|--------|
| 受給者 | 様 | 第 年 | 月 日 |
| 先に申請のありました母子・父子家庭医療費については、審査の結果下記のとおり助成することに決定し、口座振込みの手続きを取りましたので通知します。 | | | |
| 記 | | | |
| 受診者名 | 診療月 | 医療機関名 | 助成額 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

様式第9号(第11条関係)

母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書

年　月　日

村田町長

住所
申請者
氏名

母子・父子家庭医療費受給者証を　破損　亡失　したので再交付願いたく申請いたします。

| | | | | |
|-------|-------|-------|--------|------|
| 受給者 | 氏　名 | | 受給者証番号 | 第　　号 |
| 受給者 | 住　所 | | | |
| 破損　亡失 | 年　月　日 | 年　月　日 | | |
| 破損　亡失 | 事　由 | | | |

様式第1号（第6条関係）

（令2規則19・全改、令3規則19・令5規則21・一部改正）

様式第2号（第6条関係）

（令2規則19・全改、令3規則19・令5規則21・一部改正）

様式第3号（第6条関係）

（平28規則5・全改、令2規則19・一部改正）

様式第4号（第6条関係）

（平28規則5・全改、令2規則19・一部改正）

様式第5号（第7条関係）

（平20規則16・全改、平26規則15・一部改正）

様式第6号（第8条関係）

（平20規則16・全改、平26規則15・令2規則19・令3規則19・一部改正）

様式第7号（第9条関係）

（平20規則16・全改、平26規則15・令2規則19・令3規則19・一部改正）

様式第8号（第10条関係）

（平18規則25・追加、平26規則15・一部改正）

様式第9号（第11条関係）

（平18規則25・追加、平26規則15・令3規則19・一部改正）