

改正

昭和59年6月22日規則第6号

昭和60年1月31日規則第2号

平成6年2月18日規則第7号

平成6年12月16日規則第23号

平成16年9月30日規則第21号

平成17年9月30日規則第19号

平成18年9月28日規則第15号

平成20年3月17日規則第2号

平成20年7月4日規則第12号

平成26年9月29日規則第7号

重度心身障がい者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、重度心身障がい者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例（昭和53年条例第42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。

(一部負担金)

第2条 条例第2条第5項の規定による一部負担金は次のとおりとする。

(1) 受給者が3歳未満（3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）又はその属する世帯員全員が市町村民税非課税者の場合

初診時一部負担金（医科診療に係るときは初診1件につき580円、歯科診療に係るときは初診1件につき510円、柔道整復師に係るとき（乳幼児等医療給付事業を除く。）は初診1件につき270円）

(2) 上記以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高

額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第1項各号に定める者の区分にかかわらず、44,400円とし、令第14条第2項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第2項各号に定める者の区分にかかわらず12,000円とする。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第2条の2 前条第2号の場合であつて受給者が条例第2条第6項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

(条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額等)

第3条 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別表によるものとする。

(受給者証の交付申請)

第4条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、受給者証交付申請書(別記第1号様式又は別記第2号様式)を、町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

(1) 重度心身障がい者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身障手帳又は同項2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類又は同条同項第3号に規定する精神保健手帳

(2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は監護している事実を明らかにすることができる書類

(3) 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類

(4) 規則第2条第1項に規定する者(その属する世帯員全員が市町村民税非課税者に限る。)にあつては、世帯全員が市町村民税非課税者であることを確認できる書類

3 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によつて確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

4 町長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給者の決定)

第5条 町長は、条例第6条第1項により受給者であることを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書(別記第3号様式)により、受給者であること

を承認しないことを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（別記第4号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第6条 町長は、条例第6条第1項の規定により受給者であることを決定したときは、申請者に重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証（別記第5号様式又は別記第6号様式）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から7月31日までとする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

（受給者証の再交付申請）

第7条 受給者は、受給者証を毀損し、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、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（別記第7号様式）を、町長に提出してその再交付を受けることができる。

（条例第4条第2項に規定する額等）

第7条の2 条例第4条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第2項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）の規定の例による。

（助成金の交付申請）

第8条 受給者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費支給申請書（別記第8号様式）を町長に提出するものとする。

（助成金の交付の決定）

第9条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（別記第9号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

（届出）

第10条 条例第9条第1項第1号の規定による届出は、氏名又は住所等変更届（別記第10号様式）により、同条第2号の規定による届出は、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（別記第11号様式）により行うものとし、当該届出書には受給者証を添付するものとする。

附 則

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成17年規則第19号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。ただし、第6条第2項の改正規定中「10月1日」を「8月1日」に改める規定は、平成18年8月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第15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年規則第2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年規則第12号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成26年9月29日規則第7号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

別表（第3条関係）

第3条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

(1) 条例第3条第4号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。以下同じ。）とし、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号）第8条第1項において準用する同令第2条第2項に定める額とする。

(2) 条例第3条第5号に規定する所得の額は、前年の所得とし、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第2条の4第3項に定める額とする。

2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

(1) 所得の範囲

ア 条例第3条第4号に該当する場合にあつては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第2項において準用する同令第4条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第5号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第9条第2項並びに同法施行令第2条の4第3項及び第3条第1項の規定によるものとする。

(2) 所得の額の計算方法

ア 条例第3条第4号に該当する場合にあつては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第3項において準用する同令第5条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第5号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法施行令第4条第1項及び第2項の規定によるものとする。

別記第1号様式
別記第1号様式

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

中頓別町長 様

申請者 住所 枝幸郡中頓別町字
氏名 印
対象者との続柄

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

受給者番号		1495—			
申請内容	対象者	ふりがな		男・女	電話番号
		対象者			
		生年月日	(満 歳)	居住地	枝幸郡中頓別町字
		ふりがな		居住地	枝幸郡中頓別町字
	世帯主				
	対象者との続柄				
	受給資格要件の状況	身体障害者手帳	交付年月日 番 号 北海道	身体障害の等級	種 級
		知能判定	交付年月日 番 号	判定	A ・ B
		判定(診断)	判定(診断)年月日 平成 年 月 日 判定(診断)機関名	総合判定(診断)	重度・中度・軽度
		医療保険種別	町国保、国保組合、政府管掌、健保組合、 共済、その他()	記号番号	
被保険者証発行機関名			被保険者		
老人保健法医療受給者番号			発効期日		
同意事項	有効期限内における受給対象者世帯の生計維持者の所得状況等の確認に同意します。			印	
添付書類					
決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により、上記申請を却下する。 (理由 3 その他 ()			受付印	

別記第2号様式

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

中頓別町長 様

申請者 住所 枝幸郡中頓別町字
氏名 印

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

受給者番号		1495—	1495—	1495—	1495—
申請内容	対象者の状況	父・母・子の別			
		対象者氏名			
		生年月日	(満 歳)	(満 歳)	(満 歳)
	申請者との続柄				
	同居・別居の別				
	別居地				
	別居の理由				
資格要件の状況	ひとり親家庭等となった理由		死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害・両親の死亡・両親の行方不明・その他()		
	医療保険種別	町国保、国保組合、政府管掌、健保組合、共済、その他()	記号番号		
	被保険者証発行機関名		被保険者		
現況確認		現在、私は婚姻又は、事実上婚姻関係の事実はありません。 氏名			印
同意事項		有効期限内における受給対象者世帯の所得状況等の確認に同意します。 氏名			印
添付書類					
決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により、上記申請を却下する。 (理由 3 その他 ()				受付印

別記第3号様式

第 号
年 月 日

殿

町 長



重度心身障害者 医療費受給者証（交 付）
ひとり親家庭等 再 交 付 通知書

平成 年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証（交 付）
再 交 付

・ひとり親家庭等医療費（交 付）申請については別添重度心身障害者医療費受給者証
再 交 付

ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。

別記第4号様式

別記第4号様式

第 号
年 月 日

殿

町 長



重度心身障害者 医療費受給者証交付申請却下通知書
ひとり親家庭等

平成 年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証交付申請・ひとり親家庭等医療費受給者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）

別記第5号様式

(障初)		重度心身障害者医療費受給者証	
記号		番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限		平成 年 月 日から	
		平成 年 月 日まで	
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

その1-2

(障課)		重度心身障害者医療費受給者証	
記号		番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限		平成 年 月 日から	
		平成 年 月 日まで 【○月末までは初診時一部負担金のみ】	
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

その2

(老初)		重度心身障害者医療費受給者証	
記号		番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限		平成 年 月 日から	
		平成 年 月 日まで	
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

注 意 事 項
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科受診の場合 580円</p> <p>② 歯科受診の場合 510円</p> <p>③ 柔道整復師受療の場合 270円</p> <p>④ その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>

注 意 事 項
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額</p> <p>② その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>

注 意 事 項
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診であつて老人保健法の規定による一部負担金の支払いを必要とする場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科受診の場合 580円</p> <p>② 歯科受診の場合 510円</p> <p>③ 柔道整復師受療の場合 270円</p> <p>④ その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>

記号		番号	
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
有効期限	平成 年 月 日から		
	平成 年 月 日まで		
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額</p> <p>② その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>	

別記第6号様式

別記第6号様式

その3

記号		番号	
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
有効期限	平成 年 月 日から		
	平成 年 月 日まで		
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科受診の場合 580円</p> <p>② 歯科受診の場合 510円</p> <p>③ 柔道整復師受療の場合 270円</p> <p>④ その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>	

その3-2

記号		番号	
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
有効期限	平成 年 月 日から		
	平成 年 月 日まで 【〇月末までは初診時一部負担金のみ】		
発行機関名及び印			
交付年月日		平成 年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額</p> <p>② その他町長が定める額</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>	

※ 有効期限内に3歳未到達の場合は、カッコ書きは使用しない。

別記第7号様式
別記第7号様式

重度心身障害者 医療費受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

町長 殿

申請者 住 所
氏 名 印
受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 内 容	受給者	氏 名		受給者 番 号	
		住 所			
	再交付の理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 []			
※	課長		参事	決 定 年月日	年 月 日
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。				
	却 下 理 由				

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

別記第8号様式

別記第8号様式

重度心身障害者 医療費支給申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

町長 殿

申請者 住 所
氏 名 印
受給者との続柄

重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申請内容	受給者	受給者番号			医療保険記号・番号			
		住所						
		氏名			生年月日	年 月 日		
	医療を受けた病院を受	名称						
		所在地						
	診療の内容	入院別 入院外	入院・入院外	療養の間	自	至	年 月 日	年 月 日
			発病の 原因	療養日数		月 (日)		
		療養に要 した費用	円					
	医療費の 支払方法	1現金払 2口座払	金融機関名	銀行		支店		
			口座番号	口座番号		名義人		
※	課長			参事			決定 年月日 年 月 日	
	1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。							
	2 次の理由により上記申請を却下する。							
決定	支給決定	総医療費	保険 給付額	高額 療養費	付加給付 及び保険 対象外額	初診時 一部 負担金	支給決定額	
欄	却下理由							

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

別記第9号様式

別記第9号様式

平成 第 年 月 日
号

殿

町 長



重度心身障害者 医療費支給決定通知書
ひとり親家庭等

次のとおり重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費の支給額を決定しましたので通知します。

記

- 1 決定支給額 円
- 2 支払年月日 平成 年 月 日
- 3 支払場所

別記第10号様式

別記第10号様式

重度心身障害者 医療費受給者住所等変更届
ひとり親家庭等

平成 年 月 日

町長 殿

届出者 住 所
氏 名 印
受給者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受 給 者 名						受 給 者 番 号				
	住 所	新							変 更	年 月 日	
		旧									
	氏 名	新							変 更	年 月 日	
		旧									
	保 險 者	新	保 險 者 名			記 号 番 号			付 加 給 付	有・無	変 更 年 月 日
		旧							有・無		
新		被 保 險 者 (世帯主) の 氏 名									
旧											
老人保健法		医 療 受 給 者 証 の 番 号				資 格 取 得 年 月 日		年 月 日			
※	課長				参 事			処 理 年 月 日	年 月 日		
処 理 欄	上 記 届 出 に よ り 次 の と お り 処 理 す る。										
	新 受 給 者 番 号										
	変 更 年 月 日			台 帳 整 理	未・済	払 出 簿 整 理	未・済	受 給 者 証 訂 正 (回 収)	未・済		

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。

別記第11号様式

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

町長 殿

届出者 住 所
氏 名 印
受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届	受給者	氏名				受給者番号		
		住所						
出 内 容	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死 亡 5 その他 []						
		発 生 年 月 日	年 月 日					
※ 決 定 欄	課長			参事			決 定 年 月 日	年 月 日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。							
	資格喪失 年 月 日	年 月 日	台帳整理	未・済	払出簿 整 理	未・済	受給者証 回 収	未・済

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。

重度心身障害者医療費受給者台帳

受給者番号	障・障老		障・障老	(. . . 変更)	資格取得年月日	年	月	日	
					資格喪失年月日	年	月	日	
フリガナ受氏	給者名			男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生			
	(. . . 変更)					(. . . 変更)			
医療保険の状況	被保険者(世帯主)	受給者との続柄			受給要件	身体障害者手帳	第 年 月 日交付号	等 級	級
	住所						第 年 月 日交付号	等 級	級
	保険種別	政・組・日・船・共・国	記番	番号			第 年 月 日交付号	判定	A . B
	保険者名称						第 年 月 日交付号	判定	A . B
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
	住所						判定(診断)月日	判定(診断)機関名	判定(診断)重・中・軽度
老人保健法	受給者証の番号	有効期間の始期	年 月 日	障老に変更	老人保健法適用始期	年 月 日	障の特例	自 年 月 日 至 年 月 日	

(裏面)

世帯の状況(受給者外)	氏名(生年月日)	受給者との続柄	同居の別居	備考	受給者証の更新状況	有効期間		更新状況			更新年月日				
	(年 月 日生)		同・別			始期	終期	未・済・職権			. . .				
	(年 月 日生)		同・別					未・済・職権			. . .				
	(年 月 日生)		同・別					未・済・職権			. . .				
	(年 月 日生)		同・別					未・済・職権			. . .				
	(年 月 日生)		同・別					未・済・職権			. . .				
障の特例適用					市課税状況	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	
						非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	
資格喪失	届出・職権別	年 月 日(届出・職権)			備考										
	1 他の市町村への転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死亡 5 その他 ()														
	喪失事由の発生年月日	年 月 日	受給者証の回収	未・済											

受給者台帳番号		ひとり親家庭等医療費受給者台帳						(表面)		
受給者番号	氏名	性別	生年月日	同居別居	住所	資格取得年月日	資格喪失年月日			
母			年月日生	同・別		(・・変更)	・	・		
子		男・女	年月日生	同・別		(・・変更)	・	・		
		男・女	年月日生	同・別		(・・変更)	・	・		
		男・女	年月日生	同・別		(・・変更)	・	・		
医療保険の状況	被保険者(世帯主)	受給者との続柄		1 配偶者との死別 2 " 離別 3 " の行方不明 4 " からの遺棄 5 " の拘禁 6 " の障害 7 両親の死亡 8 " の行方不明 9 両親からの遺棄 10 その他						
	住所									
	保険種別	政・組・日・船・共・国	記番号							
	保険者名称									
	住所									
	附加給付	有・無	附加給付の内容							
	被保険者(世帯主)	受給者との続柄								
	住所									
	保険種別	政・組・日・船・共・国	記番号							
	保険者名称									
住所										
附加給付	有・無	附加給付の内容								
				要件	理由の発生年月日 年 月 日 種別 1 児童扶養手当 4 遺族年金 2 母子年金 5 その他 3 母子福祉年金 受給者 医療受給者との続柄 証書番号等					

(裏面)

世帯の状況(受給者外)	氏名	受給者との続柄	同居別居	備考	受給者証更新状況	氏名	有効期間			更新状況	更新年月日					
	(生年月日)						始	期	終			期				
	(年月日)							・	・			・	・	未・済・職権	・	・
	(年月日)							・	・			・	・	未・済・職権	・	・
	(年月日)							・	・			・	・	未・済・職権	・	・
	(年月日)							・	・			・	・	未・済・職権	・	・
資格喪失の状況	氏名	届出職		届出職		届出職		届出職								
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	喪失理由	1 転出 2 社保本人 3 生活保護 4 中学卒業 5 死亡 6 その他	1 2 3 4 5 6													
	理由発生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	受給者証回収	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済							
	市町村民税	年度	年度	年度	備考											
	非・課	非・課	非・課													
	年度	年度	年度													
	非・課	非・課	非・課													

重度心身障害者医療費受給者番号払出簿

払出年月日	受給者番号	氏名	資格取得年月日	備考	払出年月日	受給者番号	氏名	資格取得年月日	備考
			資格喪失年月日					資格喪失年月日	
..			
..			
..			
..			
..			
..			

..			
..			
..			
..			
..			
..			
..			
..			

ひとり親家庭等医療費受給者番号払出簿

払出年月日	受給者番号	氏名	受給者台帳番号	資格取得年月日	払出年月日	受給者番号	氏名	受給者台帳番号	資格取得年月日
				資格喪失年月日					資格喪失年月日
..			
..			
..			
..			
..			
..			

..			
..			
..			
..			
..			
..			
..			

