

改正

平成25年3月31日規則第10号

平成27年7月1日規則第6号

平成29年3月21日規則第9号

平成30年8月1日規則第12号

中頓別町子ども医療費助成に関する条例施行規則

中頓別町乳幼児等医療費助成に関する条例施行規則(昭和48年規則第11号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、中頓別町子ども医療費助成に関する条例(昭和48年条例第10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。

(受給資格者の認定申請)

第2条 条例第4条の規定により認定申請をしようとする者は、別記第1号様式による子ども医療費受給資格認定申請書(以下「認定申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者若しくは被扶養者たることを証する書類
- (2) 条例第2条第1項第2号に規定する保護者の所得状況を明らかにする書類
- (3) 受給資格者又はその属する世帯員全員が市町村民税非課税世帯にあつては、世帯員全員が市町村民税非課税者であることが確認できる書類

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

3 町長は、第1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。

(受給資格者の登録及び受給資格証の交付)

第3条 町長は、前条の規定により、認定したものについて別記第2号様式の子ども医療費給付登録台帳(以下「登録台帳」という。)に登録し、別記第3号様式の子ども医療費受給者証(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年度更新するものとし、期間は8月1日から7月31日までとする。ただし、町長が認めた場合は、この限りでない。

(助成の申請)

第4条 条例第8条に規定する助成の申請は、別記第4号様式による子ども医療費助成申請書に保険医療機関等が発行した領収書を添えて申請しなければならない。

(助成額の決定)

第5条 町長は、前条の規定による申請があったときは、審査のうえ支払額を決定し、別記第5号様式による子ども医療費助成金支払通知書により当該申請者に通知するものとする。

(受給資格者の喪失及び受給資格証の返還)

第6条 受給資格者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

- (1) 中頓別町に住所がなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 条例第3条のただし書きに該当するに至ったとき。

2 前項の規定に該当するときは、別記第6号様式による子ども医療費受給資格喪失届を町長に提出し、すみやかに受給資格証を返還しなければならない。

(変更の届出)

第7条 保護者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、別記第7号様式による子ども医療費受給資格変更届を町長に提出しなければならない。

- (1) 加入している医療保険に変更があったとき。
- (2) 住所に変更があったとき。
- (3) その他申請事項の内容に変更があったとき。

(その他)

第8条 この規則に定めのあるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 (平成25年3月31日規則第10号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年7月1日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成29年3月21日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成30年8月1日規則第12号)

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

別記第1号様式 (第2条関係)
別記第1号様式 (第2条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

中頓別町長 様

保護者 住 所 枝幸郡中頓別町字
氏 名

印

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者	フリガナ				男・女
	氏 名				
	生年月日			対象者との続柄	
	居 住 地	枝幸郡中頓別町字		電 話 番 号	
公 費 番 号 受 給 者 番 号	90.01.149.5		90.01.149.5		90.01.149.5
	91.01.149.4		91.01.149.4		91.01.149.4
	92.01.149.3		92.01.149.3		92.01.149.3
申 請 内 容	受 給 対 象 者 氏 名	フリガナ 氏 名	フリガナ 氏 名	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	男・女 (満 歳)	男・女 (満 歳)	男・女 (満 歳)	
	居 住 状 況	同居・別居 (別居地)	同居・別居 (別居地)	同居・別居 (別居地)	
	父 の 名 前				
	母 の 名 前				
	保 険 種 別				
	記 号 番 号 保 険 者 名 称				
保 護 者 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と他制度による医療費助成状況等の確認に同意します。 保護者氏名 _____			印	
添 付 書 類	この申請に当っては、「子ども医療費受給者証」と「被保険者証」又は「組合員証」を添えること。				
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 (第3条関係)

別記第2号様式 (第3条関係)

子ども医療給付登録台帳

(対象子ども) 受給資格者	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日	住所	枝幸郡中頓別町字	
	変更後の氏名	変更年月日・事由		年 月 日	変更後の住所			
保護者名	税 務	職 業	自 宅		変更後の住所			
	TEL							
加入保険	被 保 険 者	保 険 種 別	記 号 番 号	給 付 割 合	事 業 所 の 名 称	事 業 所 所 在 地	付 加 給 付 状 況	
		政・組・日 船・共・国						
		政・組・日 船・共・国						
受給資格者証交付・再交付・停止・変更							受給資格を有することとなった日	備 考
年 月 日	区 分	事 由	年 月 日	区 分	事 由			
平成 年 月 日	交 付	課・非	平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	・ ・		
平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	・ ・		
平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	・ ・		
平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	平成 年 月 日	交 付 再 交 付 停 止 更 新	課・非	・ ・		
受給者番号	住 所	受給資格者(子ども)氏名	性別	生 年 月 日	受 給 期 間		備 考	
	中頓別町字		男・女		入院	入院外		

別記第3号様式 (第3条関係)

別記第3号様式 (第3条関係)

(表 面)

子初		子ども医療費受給者証	
公費負担者番	90.01.148.5 91.01.148.4 92.01.148.3	受給者番	号
子 住 所 地			
ど 氏 名			男・女
も 生 年 月 日	年 月 日		
自己負担金			
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名及び印	北海道枝幸郡 中頓別町長 印		
交付年月日	年 月 日		

(裏 面)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返還してください。 3 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長に返してください。 4 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 6 有効期限が経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。 8 北海道内の医療機関でのみ使用できます。
保 険 医 療 機 関 等 の 皆 様 へ
<ol style="list-style-type: none"> ① 子初の就学前及び小学生(入院)の初診の月においては、医療保険と公費「90」、「91」の併用で請求してください。 ② 子初の初診時以外の月については、医療保険と公費「90」の併用で請求してください。 ③ 子課の2歳から就学前及び小学生の入院においては、医療保険と公費「90」、「公費「91」の併用で請求してください。(「90」に記載した一部負担金は、「91」にて集計するための、窓口負担はありません。) ④ 子初・子課の小学生の通院及び公費「92」の方(中学生・高校生等)においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。 ⑤ 子初・子課の小学生の入院の場合は、公費「92」で請求してください。

(表 面)

子 課		子ども医療費受給者証	
子 ど も	住所	90.01.149.5 91.01.149.4 92.01.149.3	受給者 番 号
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
自己負担金			
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関 名 及 び 印		北海道枝幸郡 中頓別町長 印	
交付年月日		年 月 日	

(表 面)

子 課		子ども医療費受給者証	
子 ど も	住所	90.01.149.5 91.01.149.4 92.01.149.3	受給者 番 号
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
自己負担金			
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関 名 及 び 印		北海道枝幸郡 中頓別町長 印	
交付年月日		年 月 日	

別記第4号様式 (第4条関係)

(裏 面)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返還してください。 3 氏名、住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長に返してください。 4 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 6 有効期限が経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。 7 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。 8 北海道内の医療機関でのみ使用できます。
<p style="text-align: center;">保険医療機関等の皆様へ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 子初・就学前及び小学生(入院)の初診の月においては、医療保険と公費「90」、「91」の併用で請求してください。 ② 子初・初診時以外の月については、医療保険と公費「90」の併用で請求してください。 ③ 子課の3歳から就学前及び小学生の入院においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。(「90」に記載した一部負担金は、「91」にて集計するため、窓口負担はありません。) ④ 子初・子課の小学生の通院及び公費「92」の方(中学生・高校生等)においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。 ⑤ 子初・子課の小学生の入院の場合は、公費「92」で請求してください。

(裏 面)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1 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。 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返還してください。 3 氏名、住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長に返してください。 4 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 6 有効期限が経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。 7 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。 8 北海道内の医療機関でのみ使用できます。
<p style="text-align: center;">保険医療機関等の皆様へ</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 子初・就学前及び小学生(入院)の初診の月においては、医療保険と公費「90」、「91」の併用で請求してください。 ② 子初・初診時以外の月については、医療保険と公費「90」の併用で請求してください。 ③ 子課の3歳から就学前及び小学生の入院においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。(「90」に記載した一部負担金は、「91」にて集計するため、窓口負担はありません。) ④ 子初・子課の小学生の通院及び公費「92」の方(中学生・高校生等)においては、医療保険と公費「92」の併用で請求してください。 ⑤ 子初・子課の小学生の入院の場合は、公費「92」で請求してください。

別記第4号様式（第4条関係）

子ども医療費助成申請書

年 月 日

中頓別町長 様

住 所 枝幸郡中頓別町字

申請者

氏 名

印

子ども医療費の助成を受けたいので、医療機関の受領書を添えて申請します。

外 来	入 院		初 診 回	円
申 請 額		円		
子 ど も	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	子ども医療費受給資格証の記号番号			
交付決定額		金 円		
内 訳	外 来 入 院 の 別			
	外 来 入 院			
	調 剤			
	合 計			
	摘 要			

加 入 金 融 機 関		受付印
口 座 番 号		
(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義		

別記第5号様式（第5条関係）

別記第5号様式（第5条関係）

年 月 日

様

中頓別町長

印

子ども医療費助成金支払通知書

次のとおり子ども医療費の助成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 _____ 年 月 日

3 支払場所

別記第6号様式（第6条関係）

別記第7号様式（第7条関係）

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

中頓別町長 様

住 所 枝幸郡中頓別町字

申請者

氏 名

印

下記のとおり(住所、氏名、保険者)に変更がありましたので届出いたします。

記

公 費 番 号		90.01.149.5								
受 給 者 番 号		91.01.149.4		92.01.149.3						
受 給 者 名							受 給 者 証 の 受 給 者 番 号			
受 給 対 象 者	住 所	新							変 更	
		旧							年 月 日	
	氏 名	新							変 更	
		旧							年 月 日	
加 入 保 険	種 類	新			保 険 者 名		記 号 番 号		変 更	
		旧							年 月 日	
	附 加 給 付 の 有 無	新			附 加 給 付 の 内 容				変 更	
		旧							年 月 日	
保 護 者	住 所	新							変 更	
		旧							年 月 日	
	氏 名	新							変 更	
		旧							年 月 日	