

**改正**

平成24年12月28日規則第45号

平成26年3月31日規則第9号

平成28年5月23日規則第41号

平成30年3月29日規則第16号

大和高田市子ども医療費助成条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、大和高田市子ども医療費助成条例（平成24年条例第8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。

(社会保険各法)

**第2条** 条例第3条に規定する規則で定める社会保険各法（以下「社会保険各法」という。）は、次に掲げる法律をいう。

- (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) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(市長が定める助成金控除額)

**第3条** 条例第4条第1項第3号に規定する額は、健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は社会保険各法に定める療養費支給申請書ごとに次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 外来療養である場合 1,000円
- (2) 14日未満の入院療養である場合 500円
- (3) 14日以上入院療養である場合 1,000円

(証明書の交付申請)

**第4条** 条例第5条第1項に規定する証明書の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、子ども医療費受給資格証交付申請書兼受給資格等異動届出書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 子どもに係る国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく被保険者証若しくは被保険者資格証明書又は社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証若しくは加入者証
- (2) 申請者の前年の所得（1月から7月までの間に受けた子どもの医療費については、前々年の所得）について市町村長（特別区の区長を含む。）の発行する証明書
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の規定により請求書に添えなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

（証明書等の交付）

**第5条** 市長は、前条第1項の申請書を受理したときは、これを審査し、申請者が条例第3条に掲げる助成要件に該当すると認めるときは条例第5条第1項の規定により子ども医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）を交付するものとし、当該要件に該当しないと認めるときはその理由を付して子ども医療費受給資格証交付申請却下通知書（様式第3号）を交付するものとする。

2 市長は、前条に規定する申請書の提出がない場合においても、条例第3条に規定する医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、前項の規定に準じて受給資格証を交付することができる。

3 受給資格証の交付を受けた者（以下「受給者」という。）は、受給資格証の有効期間が満了した場合には、当該受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。

（支給の方法）

**第6条** 条例第5条の規定により助成金の支給を受けようとする者は、医療費助成金交付請求書（様式第4号）又は医療費助成金支給申請書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

（受給資格証の再交付）

**第7条** 受給者は、受給資格証を破損し、又は失ったときは申請書により市長に再交付を申請することができる。この場合において、破損に伴う再交付の申請を行うときは、当該破損した受給資格証を添えて申請しなければならない。

2 受給者は、受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

（届出）

**第8条** 条例第6条に規定する規則で定める事由は、次に掲げるものとし、申請書に受給資格証を添えて市長に届け出なければならない。

- (1) 受給者又は子どもが住所又は氏名を変更したとき。
- (2) 子どもの医療に関する給付を行う保険者又は共済組合に変更が生じたとき。
- (3) 子どもが死亡したとき。

(受給資格登録の停止)

**第9条** 市長は、受給者が条例第9条に該当する者であることを確認したときは、受給資格登録停止通知書（様式第6号）を交付し、受給資格登録を停止することができる。

2 市長は、前項の規定による通知書の交付を受けた者が条例第9条に該当しなくなったことを確認したときは、当該通知書の交付を受けた者に対し受給資格登録停止解除通知書（様式第7号）を交付し、受給資格登録の停止を解除しなければならない。

(受給者台帳の整備)

**第10条** 市長は、医療費の助成を受けることができる者について子ども医療受給者台帳（様式第8号）を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない。

(補則)

**第11条** この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

#### 附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

**附 則**（平成24年12月28日規則第45号抄）

(施行期日)

1 この規則は、平成25年1月1日から施行する。

**附 則**（平成26年3月31日規則第9号）

(施行期日)

1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の大和高田市児童医療費助成条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われた入院療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた入院療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

**附 則**（平成28年5月23日規則第41号）

(施行期日)

1 この規則は、平成28年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の大和高田市児童医療費助成条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

**附 則**（平成30年 3 月29日規則第16号）

この規則は、公布の日から施行する。

**様式第 1 号**（第 4 条関係）

子ども医療費受給資格証交付申請書兼受給資格等異動届出書

|                   |            |    |
|-------------------|------------|----|
| 対象者               | フリガナ       | 住所 |
|                   | 氏名         |    |
|                   | 男・女        |    |
|                   | 生年月日 年 月 日 |    |
| ① 対象者を主として養育している者 | 氏名         | 住所 |
|                   | 対象者との続柄    |    |
|                   | 個人番号       |    |

|  |                     |                 |
|--|---------------------|-----------------|
| 所得状況   | 対象者を主として養育している者     |                 |
| ② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数）                                     | 人（ 人）               |                 |
| ③ 所得額  | 円                   |                 |
| ④ 雑損控除<br>医療費控除<br>児童手当法施行令第3条第1項による控除<br>小規模企業共済等掛金<br>障害者控除<br>寡婦（夫）・寡婦の特別・勤労学生の特例 | 雑損控除                | 円               |
|  | 医療費控除               | 円               |
|  | 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | 円               |
|  | 小規模企業共済等掛金          | 円               |
|  | 障害者控除               | 障 人 円<br>特障 人 円 |
|  | 寡婦（夫）・寡婦の特別・勤労学生の特例 | 寡婦（夫）<br>寡特・勤   |
| ※ 控除後の所得額  | 円                   |                 |

|        |           |                           |          |                |  |    |  |
|--------|-----------|---------------------------|----------|----------------|--|----|--|
| 加入医療保険 | 被保険者氏名    |                           |          | 対象者との続柄        |  | 住所 |  |
|        | ⑤ 保険種別    | 国（市町村・退・組）<br>健（政・組・日）船・共 | 本人<br>家族 | 被保険者証の<br>記号番号 |  |    |  |
|        | 保険者番号及び名称 |                           |          |                |  |    |  |

|  |                                      |                         |
|--|--------------------------------------|-------------------------|
| ⑥ 交付申請事由   | 1 出生<br>2 転入してきたため<br>3 保険に新たに加入したため | 4 その他（ ）<br>（交付事由発生年月日） |
| ※ 審査   | 認定                                   | （本則・特例）・ 却下             |
| 上記のとおり届出します。<br>異動事由（資格取得・保険変更・住所変更・証再交付・資格喪失（ ））・その他（ ）<br>年 月 日 申請者 住所<br>大和高田市市長 様 氏名 印 |                                      |                         |

申請に当たり、受給者及び扶養義務者の所得、健康保険の情報を当局に照会することに同意します。

様式第2号（第5条関係）

(表)

| 子ども医療費受給資格証   |                      |          |
|---|----------------------|----------|
| 公費負担者番号   |                      |          |
| 受給者番号   |                      |          |
| 子ども   | 居住地                  | 奈良県大和高田市 |
|   | 氏名                   |          |
|   | 生年月日                 |          |
| 有効期間  | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |          |
| 発行機関名<br>及び印  | 奈良県<br>大和高田市長        |          |
| 交付年月日   | 年 月 日                |          |
| <p>(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市役所窓口へ直接申請してください。</p> |                      |          |

(裏)

ご 使 用 上 の 注 意 事 項

1. この証は、健康保険証を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
2. 奈良県内の医療機関等で受診される時は、「健康保険証」にこの証を添えて、保険医療機関（病院、診療所又は調剤薬局）に必ず提示してください。
3. 奈良県内の保険医療機関で受診される時は、一旦、保険の自己負担金を支払ってください。診療月から約3か月後に市役所にデータが届きますので、支払った医療費から一部負担金額を差し引いて自動償還払いします。（市役所へ領収書の提出は不要です。）
4. 奈良県外の保険医療機関で受診される時は、一旦保険の自己負担金を支払い、医療費助成金交付請求書（市役所にあります）に領収書を添付して申請してください。添付する領収書は、受診者名、受診年月日、保険点数、保険適用金額、発行医療機関名、領収印の記載のあるものに限ります。
5. 住所、氏名、健康保険証に変更のあったときは、14日以内に市長に届け出てください。
6. 高額療養費の対象となる診療分、コルセット装着の療養費払いの請求については、事前に問い合わせてください。
7. 次の場合は、この証を速やかに市長に返してください。
  1. 転出されたとき。
  2. 有効期間が満了したとき。
  3. 保険の資格がなくなったとき。
  4. その他受給要件に該当しなくなったとき。
8. 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。
9. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。

様式第3号（第5条関係）

子ども医療費受給資格証交付申請却下通知書

第 号  
年 月 日

様

大和高田市長 印

年 月 日付けで申請のあった子ども医療費受給資格証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

理由

- 1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大和高田市長に対して審査請求をすることができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に大和高田市長を被告として（訴訟において大和高田市を代表する者は大和高田市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、上記の審査請求をした場合には、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月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号（第6条関係）



医療費助成金交付請求書

大和高田市長 殿

年 月 日

(申請者) 住所 大和高田市

氏名 印

TEL

※金 円

ただし、年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。  
 なお、上記金額を登録の口座に振り込んでください。

|                |                 |                 |
|----------------|-----------------|-----------------|
| 受給資格証<br>受給者番号 | 受給者氏名           |                 |
|                | 生年月日            | T・S・H 年 月 日生    |
| 加入医療保険<br>名称   | 加入医療保険<br>記号 番号 | 加入医療保険<br>記号 番号 |

◎診療月ごとに申請してください。添付する領収書は受診者名・受診年月日・保険点数・金額・医療機関名・領収印のあるものに限ります。

【医療等の状況】 年 月分

決定  
番号  
※

| 入院   | 医療機関名                |       | 医療機関コード |                 |       |       |     |
|------|----------------------|-------|---------|-----------------|-------|-------|-----|
|      | 日数                   | 総点数   | 自己負担支払額 | 高額療養費           | 一部負担金 | 支給額   |     |
|      | 日<br>( ~ )           | 点     | 円       | 円               | 円     | 円     |     |
| 外来等  | ①                    | 医療機関名 |         | 医療機関コード         |       |       |     |
|      |                      | 日数    | 総点数     | 自己負担支払額         | 高額療養費 | 一部負担金 | 支給額 |
|      |                      | 日     | 点       | 円               | 円     | 円     | 円   |
|      | ②                    | 医療機関名 |         | 医療機関コード         |       |       |     |
|      |                      | 日数    | 総点数     | 自己負担支払額         | 高額療養費 | 一部負担金 | 支給額 |
|      |                      | 日     | 点       | 円               | 円     | 円     | 円   |
|      | ③                    | 医療機関名 |         | 医療機関コード         |       |       |     |
|      |                      | 日数    | 総点数     | 自己負担支払額         | 高額療養費 | 一部負担金 | 支給額 |
|      |                      | 日     | 点       | 円               | 円     | 円     | 円   |
|      | ④                    | 医療機関名 |         | 医療機関コード         |       |       |     |
|      |                      | 日数    | 総点数     | 自己負担支払額         | 高額療養費 | 一部負担金 | 支給額 |
|      |                      | 日     | 点       | 円               | 円     | 円     | 円   |
|      | ⑤                    | 医療機関名 |         | 医療機関コード         |       |       |     |
|      |                      | 日数    | 総点数     | 自己負担支払額         | 高額療養費 | 一部負担金 | 支給額 |
|      |                      | 日     | 点       | 円               | 円     | 円     | 円   |
| 合計   |                      |       | 自己負担支払額 | 高額療養費           | 一部負担金 | 支給額   |     |
|      |                      |       | 円       | 円               | 円     | 円     |     |
| ※確認欄 | 保険の自己負担割合 (1割・2割・3割) |       |         | 高額療養費の有無 (限度額 ) |       |       |     |
| ※決定  | 係                    |       |         | 決裁年月日           | 年 月 日 |       |     |
|      |                      |       |         | 交付年月日           | 年 月 日 |       |     |
|      |                      |       |         | 台帳確認            | 年 月 日 |       |     |

※欄は記入しないでください。

様式第5号 (第6条関係)

医療費助成金支給申請書

大和高田市長 殿

| 受給者番号 | 受給者氏名 | 生年月日  |
|-------|-------|-------|
|       |       | 年 月 日 |
|       |       | 年 月 日 |
|       |       | 年 月 日 |
|       |       | 年 月 日 |
|       |       | 年 月 日 |
|       |       | 年 月 日 |

(委任状)

私は、  
 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任する。  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日に請求した助成金の受領に関すること。

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

|     |                            |
|-----|----------------------------|
| 住 所 | 大和高田市<br>_____ (TEL _____) |
|-----|----------------------------|

上記のとおり、医療費助成金の支給を申請します。  
 なお、医療費の支給後において、医療費を調整する必要が生じた場合次回給付額と相殺又は充当することを承諾します。

年 月 日

(申請者及び扶養義務者)

氏名

印

|         |         |                  |       |
|---------|---------|------------------|-------|
| 口座振替依頼書 | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 支店    |
|         | 金融機関コード |                  | 店舗コード |
|         | 口座番号    |                  | 普通・当座 |
|         | 口座名義人   | フリガナ             |       |

※ゆうちょ銀行への振込みは振込専用番号が必要です。(通帳コピー添付)

様式第6号 (第9条関係)

受給資格登録停止通知書

第 号

年 月 日

様

大和高田市市長

印

年 月 日付けで受給資格証を交付した受給資格について、下記のとおり登録を停止するので通知します。

記

|          |                         |     |  |
|----------|-------------------------|-----|--|
| 受給者番号    |                         | 受給者 |  |
| 助成制度種別   |                         |     |  |
| 受給資格停止事由 |                         |     |  |
| 受給資格停止期間 | 年 月 日から<br>上記事項が解消されるまで |     |  |

(注) 本通知書受領後は、速やかに受給資格証を返却してください。

- この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大和高田市市長に対して審査請求をすることができます。(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に大和高田市市長を被告として(訴訟において大和高田市を代表する者は大和高田市市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。)。ただし、上記の審査請求をした場合には、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月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第7号 (第9条関係)

受給資格登録停止解除通知書

第 号  
年 月 日

様

大和高田市市長 印

年 月 日第 号で資格停止した受給資格について、停止を解除しますので  
通知します。

記

|        |  |     |  |
|--------|--|-----|--|
| 受給者番号  |  | 受給者 |  |
| 助成制度種別 |  |     |  |

様式第8号（第5条関係）

子ども医療受給者台帳

|       |      |        |       |
|-------|------|--------|-------|
| 子     | 年齢   | 福祉管理番号 |       |
| 受給者番号 | 宛名番号 | 個人番号   | 世帯番号  |
| 異動年月日 | カナ氏名 |        | 生年月日  |
| 異動事由  | 氏名   |        | 性別    |
| 異動理由  | 住所   |        |       |
| 届出年月日 | 電話番号 | 管轄     | 大和高田市 |

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| 交付情報  |  |        |  |
| 申請制度  |  | 入院有効期間 |  |
| 認定制度  |  | 通院有効期間 |  |
| 資格情報  |  |        |  |
| 申請年月日 |  | 申請事由   |  |
| 取得年月日 |  | 取得理由   |  |
| 却下年月日 |  | 却下理由   |  |
| 喪失年月日 |  | 喪失事由   |  |
|       |  | 喪失理由   |  |

| 資格履歴情報 |    |    |         |         |         |         |
|--------|----|----|---------|---------|---------|---------|
| 受給者番号  | 状態 | 制度 | 入院有効期間自 | 入院有効期間至 | 通院有効期間自 | 通院有効期間至 |
|        |    |    |         |         |         |         |

| 保険情報   |      |      |       |         |  |  |
|--------|------|------|-------|---------|--|--|
| 保険者    |      |      |       | 保険種別    |  |  |
| 記号番号   |      | 付加給付 |       | 保険取得年月日 |  |  |
| 被保険者名  |      | 続柄   |       | 保険喪失年月日 |  |  |
| 保険履歴情報 |      |      |       |         |  |  |
| 保険者番号  | 保険者名 | 記号番号 | 取得年月日 | 喪失年月日   |  |  |
|        |      |      |       |         |  |  |

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| 保護者情報 |  |      |  |      |  |
| 宛名番号  |  | 個人番号 |  | 世帯番号 |  |
| カナ氏名  |  |      |  | 生年月日 |  |
| 氏名    |  |      |  | 性別   |  |
| 住所    |  |      |  |      |  |
| 続柄    |  |      |  |      |  |

|      |  |      |  |       |  |
|------|--|------|--|-------|--|
| 口座情報 |  |      |  |       |  |
| 金融機関 |  |      |  | 支店    |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  | 口座名義人 |  |

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 備考情報 |  |  |  |  |  |
|      |  |  |  |  |  |