

○菊池市ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

平成17年 3 月22日

規則第76号

改正 平成20年規則第 1 号

平成23年規則第 7 号

平成27年規則第26号

平成28年規則第22号

平成30年 3 月30日規則第13号

平成31年 4 月22日規則第22号

令和 3 年 3 月24日規則第13号

令和 4 年 4 月 1 日規則第34号

令和 6 年12月 2 日規則第31号

(注)平成22年 1 月から改正経過を注記した。

(趣旨)

第 1 条 この規則は、菊池市ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例(平成17年条例第120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。

(定義)

第 2 条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例によるものとする。

(受給資格証の交付等)

第 3 条 条例第 6 条第 1 項の規定による申請は、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書(様式第 1 号。以下「受給資格証交付申請書」という。)に別紙 1 ひとり親家庭等であることの申立書及び証明書又は別紙 2 父母のない児童であることの申立書及び証明書を添付しなければならない。

2 市長は、前項の受給資格証交付申請書の提出を受けたときは、その適否について審査を行い、適当と認めた者については、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳(様式第 2 号)に記載し、菊池市ひとり親家庭等医療費受給資格証(様式第 3 号。以下「受給資格証」という。)を交付し、不適当と認めた者については、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請却下通知書(様式第 4 号)によりその旨を通知するものとする。

3 条例第 7 条第 2 項に規定する受給資格の確認は、受給資格証その他必要な書類を提

出させ、毎年8月11日から9月10日までの間に行わなければならない。

- 4 受給資格証の有効期間が満了したとき、又は受給資格証に記載された受給資格者の全ての者が受給資格を失ったときは、受給資格証を速やかに市長に返還しなければならない。

(給付の申請方法)

第4条 条例第10条第1項の規定に基づくひとり親家庭等医療費助成金の申請は、毎月、ひとり親家庭等医療費助成金申請書(様式第5号)を病院、診療所、調剤薬局等に提出し、診療(調剤)報酬欄の記載を受けた上、市長に対し行うものとする。ただし、当該医療機関等の領収証の発行を受けた場合は、これをもって代えることができる。

- 2 条例第2条第4項に規定する社会保険各法の規定による高額療養費の支給を受けることができる場合の前項の申請書には、次の区分ごとに当該各号に掲げる書類を添付しなければならない。

(1) 政府管掌健康保険の被保険者又は被扶養者に係る申請書 社会保険事務所の発行する(高額)療養費決定通知書

(2) 健康保険組合管掌健康保険の被保険者又は被扶養者に係る申請書 各健康保険組合の発行する高額療養費決定通知書

(3) 各共済組合法による被保険者又は被扶養者に係る申請書 各共済組合の発行する医療受給状況に関する通知書

- 3 第1項の規定にかかわらず、助成金の額が1,000円に満たない場合の申請は、条例第10条第2項に規定する期日の範囲内において別に定める月ごとにこれを行うことができる。

- 4 条例第10条第1項ただし書の規定により保険医療機関等が受給者に代わり助成金の請求をしようとするときは、ひとり親家庭等医療費請求書(様式第6号)にひとり親家庭等医療費明細書(様式第7号)を添え、市長に提出しなければならない。

(給付の決定等)

第5条 市長は、条例第11条の規定に基づく給付の適否について、審査を行い、適当と認めた者については、ひとり親家庭等医療費助成金決定通知書(様式第8号)により、不適当と認めた者についてはひとり親家庭等医療費助成金却下通知書(様式第9号)により、その旨を申請者に通知するものとする。

(届出)

第6条 条例第12条に規定する事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者及び世帯主等の住所・氏名
- (2) 被保険者名
- (3) 保険者名又は組合名
- (4) 医療保険の記号番号
- (5) 附加給付金の内容
- (6) 受給資格の該当要件
- (7) 受給資格者のうち一部の者に係る資格喪失
- (8) その他必要な事項

2 前項各号に掲げる事項に係る届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格変更届(様式第10号)により行わなければならない。

3 条例第12条に規定する受給資格を失ったときの届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届(様式第11号)により行うものとする。

(再交付)

第7条 受給資格者は、受給資格証を破損し、又は亡失したときは、市長に対し、再交付の申請をひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書(様式第12号)により行わなければならない。

(助成金の返還)

第8条 条例第13条の規定による助成金の返還通知は、ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書(様式第13号)により行うものとする。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年3月22日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の菊池市母子家庭医療費の助成に関する条例施行規則(昭和56年菊池市規則第14号)、七城町母子家庭医療費の助成に関する条例施行規則(昭和57年七城町規則第4号)、旭志村母子家庭等医療費助成に関する条例施行規則(昭和57年旭志村規則第3号)又は泗水町母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則(昭和60年泗水町規則第8号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成20年規則第1号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成23年規則第7号)

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第26号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年規則第22号)

この規則は、平成28年8月1日から施行する。

附 則(平成30年規則第13号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則(平成31年規則第22号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和3年規則第13号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和4年規則第34号)

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

附 則(令和6年規則第31号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書

年 月 日

菊池市長 様

下記のとおり交付を申請します。

申請者氏名				個人番号			
住 所				電話番号			
対象者氏名				続柄	生年月日		同居別居別
					・ ・		同・別
					・ ・		同・別
					・ ・		同・別
					・ ・		同・別
					・ ・		同・別
					・ ・		同・別
加 入 保 険	保険者名称			記号番号			
	被保険者氏名			事業所名称			
	資格取得年月日	年	月	日	附加給付の状況	有 ・ 無	
	所得額			児童扶養手当番号		第 号	
振 込 先	金融機関名			支店名			
	種別	普通		口座番号			
	氏名(カタカナ)						
【同意書】 申請に伴い、私の世帯の税務調査について同意します。 年 月 日 _____							

【市記入欄】

申 請	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当と同時申請				
	<input type="checkbox"/> 医療費助成のみ申請				
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給者申請				
該当要否	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
支給要件	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 遺棄	<input type="checkbox"/> 生死不明	
	<input type="checkbox"/> 拘禁	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> その他	

様式第 2 号(第 3 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳										
申請書受理年月日					資格証番号					
フリガナ 受給者					住所			変更年月日		
連絡先		(自宅)								
		(勤務先)								
受給資格者	氏名		続柄		生年月日		同居		資格開始及び喪失年月	
									～	
									～	
									～	
									～	
									～	
									～	
加入医療保険	種類	記号番号	被保険者氏名		保険者名称		事業所名		附加給付	取得年月日
									有・無	
									有・無	
									有・無	
口座	金融機関名称					口座番号				
	金融機関名称					口座番号				
所得の状況	年度		年度		年度		年度		年度	
	児扶受給状況		該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当	該当	非該当
	課税状況		有	無	有	無	有	無	有	無
ひとり親家庭等確認事項										
交付(更新)年月日		児扶	児童扶養手当該当年月							
			児童扶養手当記号番号							
		年金	年金種別							
			年金該当年月							
			年金証書記号番号							
		備考								

様式第 3 号(第 3 条関係)

菊池市ひとり親家庭等医療費受給資格証					<div>注意事項</div> <div>1 この証は、ひとり親家庭等医療費の助成を受けられることを証明するものですので、大切に保管してください。</div> <div>2 加入保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは速やかに届け出てください。</div> <div>3 交通事故など第 3 者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、必ず届け出てください。</div> <div>4 死亡、転出等により受給資格を失ったときは、直ちにこの証を返還してください。</div> <div>5 この証は他人に貸したり、譲渡したり、又は担保にしてはいけません。</div> <div>6 偽り、その他不正行為で助成を受けたときは、費用を返還させることがあります。</div> <div>7 医療費の請求は、診療を受けた月の翌月から起算して 1 年を経過した場合は、無効となりますので早めに請求をしてください。</div> <div>8 有効期間 ・親は子を扶養している場合には子が 20 歳になる月まで。</div> <div>・子は 18 歳になる最初の 3 月 31 日まで。</div> <div>9 現物給付は菊池市内の医療機関で行えます。</div>
受給資格証番号					
受給者	住所				
	氏名				
受給資格者	氏名	続柄	生年月日	喪失予定日	
有効期間		から まで			
交付日					
熊本県菊池市長		電子公印			

様式第 4 号(第 3 条関係)

第 号
年 月 日

様

菊池市長 印

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭等医療費助成に関する規則による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)

様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

菊池市長様

申請者 住 所 菊池市

氏 名

電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

※ 記載欄	受給資格者番号	受診者氏名	生年月日	保険種別
			年 月 日	国保・協会けんぽ 組合・その他

医療 機関 等 の 記 入 欄	診療(調剤)報酬証明 ※入院食事療養費を除く。						
	診 療 月	年 月 分		患 者 氏 名			
	入 院	日 数	診 療 点 数	診 療 (調 剤) 報 酬 一 部 負 担 金 額			
		日	点		円		
	通 院	日 数	診 療 点 数	診 療 (調 剤) 報 酬 一 部 負 担 金 額			
		日	点		円		
	上記の金額を受領しました。						
	医療機関 所 在 地						
	名 称						
	氏 名						
市 記 入 欄	調 剤 点 数	点	左記の金額を受領しました。				
	調剤一部負担金受領額		年 月 日				
	円		調剤薬局				
			所 在 地				
			名 称				
			氏 名				

市 記 入 欄	給 付 決 定 額				
	種別	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付額 C	給付額(A-B-C)×2/3
	入院				
	通院				
	調剤				

- 注1 ※印のある欄は、申請者が記入してください。
- 注2 医療機関欄は、受診した翌月の10日以降に病院等に依頼記入してもらってください。
- 注3 申請書提出の際は、必ず受給資格証をご持参ください。
- 注4 市役所への申請は、診療月の翌月から1年以内が期限となります。

様式第6号（第4条関係）

（医療機関・通院用）

ひとり親家庭等医療費請求書

年 月診療分を下記のとおり請求します。

年 月 日

菊池市長 様

医療機関名
（名称・氏名）

記

保 険	負担割合	件 数	総 点 数	一部負担額 (点数×負担割合) <u>1の位四捨五入</u>	請 求 額	※決 定 額
国 保	2 割					
	3 割					
社 保	2 割					
	3 割					
合 計						

※市役所記入欄

書類の提出方法	紙・電子メール
---------	---------

書類発行責任者		電話番号	
担 当 者		電話番号	

※書類発行責任者と担当者は、同一人物でも可能です。
※書面の真正性（請求内容が正しいかどうか）を担保するため電話等で確認を行う場合があります。

様式第7号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費明細書

年 月分(※国保分・社保分)

受給者証番号	受診者氏名	生年月日	住 所	総点数	一部負担額 （点数×負担割合） 1の位四捨五入	請求額	※決定金額
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
		・ ・	番地				
計							

※ 市役所記入欄

様式第 8 号(第 5 条関係)

第 号
年 月 日

様

菊池市長

印

年 月支給のひとり親家庭等医療費助成金決定通知書

先に申請のあったひとり親家庭等医療費助成については、規則の定めるところにより、申請額控除額(高額療養費、附加給付額)を差し引いて決定し、下記のとおり給付することになったので通知します。

記

[illegible]

様式第 9 号(第 5 条関係)

第 号
年 月 日

様

菊池市長 印

ひとり親家庭等医療費助成金却下通知書

年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭等医療費助成金の給付については、下記の理由により給付できないので通知します。

記

(理由)

様式第 10 号 (第 6 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届		
菊池市長 様		年 月 日
住所 氏名 個人番号		
受給資格証番号		
変更事項名	変更後	変更前
1 氏名		
2 住所		
3 加入医療保険 (1) 被保険者名 (2) 医療保険名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容		
4 受給資格の該当要件		
5 受給資格者のうち一部の者に係る資格喪失		
6 その他 ()		
変更年月日	年 月 日	

(注) この届をするときは、受給資格証、医療保険の資格情報が確認できるものを持参してください。

様式第 11 号(第 6 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

菊池市長

様

届出人

住所

氏名

受給資格証番号

資格喪失理由

- 1 他市町村に転出
- 2 ひとり親家庭等ではなくなった
- 3 死亡
- 4 被保険者ではなくなった
- 5 その他

資格喪失年月日

年 月 日

(注) この届をするときは、受給資格証を持参してください。

様式第 12 号(第 7 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

菊池市長

様

申請人

住所

氏名

受給資格証番号

(再交付を受ける理由)

ア 破損

イ 亡失

ウ その他

()

(注) 破損(汚損)の場合は、旧受給資格者証を添えて提出してください。

様式第 13 号(第 8 条関係)

第 号
年 月 日

様

菊池市長 印

ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書

先に支給したひとり親家庭等医療費助成金については、下記のとおり返還してください。

記

1 医療費

支給年月日	支給金額	返還金額
年 月 日	円	円

2 返還理由

3 返還金納付期限
年 月 日

4 返還金納付場所

様式第 1 号 (第 3 条関係)

様式第 2 号 (第 3 条関係)

様式第 3 号 (第 3 条関係)

様式第 4 号 (第 3 条関係)

様式第 5 号 (第 4 条関係)

様式第 6 号 (第 4 条関係)

様式第 7 号 (第 4 条関係)

様式第 8 号 (第 5 条関係)

様式第 9 号 (第 5 条関係)

様式第10号 (第 6 条関係)

様式第11号 (第 6 条関係)

様式第12号 (第 7 条関係)

様式第13号 (第 8 条関係)