

○珠洲市子ども医療費助成に関する条例施行規則

昭和48年6月25日

規則第13号

改正 平成6年9月26日規則第18号

平成9年3月31日規則第9号

平成12年3月23日規則第9号

平成14年10月1日規則第20号

平成16年3月17日規則第4号

平成20年3月31日規則第7号

平成23年2月10日規則第4号

平成26年3月31日規則第19号

平成26年5月16日規則第25号

平成27年9月25日規則第14号

平成27年12月28日規則第32号

平成28年9月28日規則第40号

(趣旨)

第1条 この規則は、珠洲市子ども医療費助成に関する条例(昭和48年珠洲市条例第25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1条の2 条例第2条第4項に規定する医療保険各法に規定する療養に要した費用とは、健康保険法第76条第2の規定による厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法により算定した額をいう。

(助成資格の登録)

第2条 条例第4条の規定により助成を受けようとする者は、様式第1号による子ども医療費助成資格登録申請書を市長に提出して、助成資格の登録を受けるものとする。

(助成資格証の交付)

第3条 市長は、前条の規定により登録した者(以下「助成資格者」という。)に対し、様式第2号の子ども医療費助成資格証(以下「助成資格証」という。)を交付するものとする。

2 助成資格証を破損し、又は亡失したときは、様式第5号の子ども医療費助成資格証再交付申請書を市長に提出し、再交付を受けるものとする。

(助成資格証の提示)

第4条 助成資格者は、助成の対象となる医療を受けようとするときは、医療機関に受給資格証を提示しなければならない。

(助成の申請)

第5条 条例第6条第3項に規定する助成の申請は、様式第3号による子ども医療費助成申請書によるものとする。

(助成金の支払)

第6条 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成の額を決定し、すみやかに申請者に支払うものとする。

(届出事項)

第7条 助成資格者は、自己又はその保護する子どもについて住所の変更又は加入保険の変更があつたときは、様式第4号による子ども医療費助成資格内容等変更届をすみやかに市長に提出するものとする。

(調査)

第8条 市長は、石川県乳幼児医療費助成事業補助金交付要綱（昭和53年石川県公発第424号）に基づく乳幼児医療に係る補助金の交付申請を行うときは、その申請の審査に必要な受給資格者及びその配偶者の所得等の調査を行うことができる。

附 則

この規則は、昭和48年7月1日から施行する。

附 則(平成6年規則第18号)

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成9年規則第9号)

この規則は、平成9年4月1日から施行する。

附 則(平成12年規則第9号)

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

附 則(平成14年規則第20号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成16年規則第4号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成20年規則第7号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成23年規則第4号)

この規則は、公布の日から施行する。

ただし、別記様式第2号の改正規定は、平成23年4月1日から施行する。

附 則(平成26年規則第19号)

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成26年規則第25号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成26年6月1日から施行する。

(経過規定)

- 2 この規則の規定による改正後の珠洲市子ども医療費助成に関する条例施行規則第1条の2の規定は、公布の日以後の保険診療に係る医療費について適用し、同日前の保険診療に係る医療費については、なお従前の例による。

附 則(平成27年規則第14号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成27年10月1日から施行する。

(経過規定)

- 2 この規則による改正後の珠洲市子ども医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成27年10月1日以後の保険診療に係る医療費について適用し、同日前の保険診療に係る医療費については、なお従前の例による。

附 則(平成27年規則第32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40号)

この規則は、公布の日から施行する。

子ども医療費助成資格登録申請書

平成 年 月 日

珠洲市長 殿

申請者 住 所

電話番号 () -

氏 名

印

個人番号

	フリガナ 氏 名	住 所	生 年 月 日	子どもの 続 柄	職 業	振込先	銀行 支店	
子 ども			平成 年 月 日	/		フリガナ		
						口座名義		
保 護 者			年 月 日			預金種目	普通 ・ 当座	
被保険者			年 月 日			口座番号		
加入保険	記 号 番 号	資格取得日	平成 年 月 日	保険者名			入院	年 月 日から
		証 発 行 日	平成 年 月 日	所在地			通院	年 月 日まで
子ども医療費助成のために、世帯の所得について調査することを、承諾します。							登録番号	
氏名				印				

様式第2号(その1)

(表面)

子ども医療費助成資格証	
登 録 番 号	
子 ど も	氏 名
	生 年 月 日
	年 月 日生
住 所	
保 護 者	氏 名
	住 所
加 入 保 険	被保険者氏名
	記 号 番 号
	保 険 者 名 称
	所 在 地
助 成 期 間	年 月 日～ 年 月 日
年 月 日	
珠洲市長	

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、珠洲市子ども医療費助成に関する条例により給付を受けることができる証です。大切に保管してください。
- 2 医療費の助成を受けようとするときは、子ども医療費助成申請書に病院等発行の領収書(1カ月分)を添付して珠洲市長に提出してください。
- 3 診療の日から2年以内に子ども医療費助成申請書の提出がない場合は、助成を受けることができなくなりますので、ご注意ください。
- 4 助成資格証の内容に変更が生じたときは、珠洲市長に届け出てください。
- 5 本証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、再交付の申請をしてください。
- 6 次に該当する場合は、交付を受けた珠洲市長に本証を返してください。
 - (1) 助成資格者が生活保護法による保護を受けることになったとき。
 - (2) 助成資格者が転出するとき。
- 7 申請及び届出の際には、必ず印鑑を持参してください。

様式第2号 (その2)

(表面)

珠洲市子ども医療費助成資格証		
公費負担番号	8 8 1 7 4 0 7 3	
受給資格者番号		
子 ど も	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
自己負担金	入院・通院・保険調剤 無料	
有効期間		

上記の者は、珠洲市子ども医療費助成制度の規定により、医療費の一部を助成する者であることを証明する。

珠洲市長 印

(裏面)

注 意 事 項	
1. この証は、医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。	
2. 医療機関等で受診するときは、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を医療機関等の窓口へ提示してください。	
3. 健康保険が適用されないもの（入院時の差額ベッド代や食事代等）は、助成対象外です。全額医療機関等の窓口で支払ってください。	
4. 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、この証を添えて届け出てください。	
5. 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全額または一部を返還しなければならないことがあります。	
6. 公費負担医療である養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業等に該当するときは、この証を使用することはできません。	
7. 医療機関によっては、この証を使用できない場合がありますので事前に医療機関にご確認ください。	
8. 上記6、7の理由や県外の医療機関を受診した等、この証を使用できなかった場合は、医療費支給申請書により、払い戻しを受けることができます。	
珠洲市役所 福祉課 子育て支援係	
〒927-1295 石川県珠洲市上戸町北方 1-6-2	
TEL 0768(82)7747	

様式第3号

子ども医療費助成申請書								
珠洲市長 殿						年 月 日		
						申請者 住所 _____		
						氏名 _____	印 _____	
医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。								
登録番号			加入	被保険者氏名				
子ども	氏名		保険	保険証記号番号				
	生年月日	年 月 日		保険者名				
保護者氏名								
処理欄								
		一部負担金 合計	控除額の内訳			助成決定額	診療月と入院 は日数を記入	備考
			附加給付額	条例負担金	計			
通院	補助分	円	円	円	円	円	月分	
		円	円	円	円	円	月分	
入院	補助分	円	円	円	円	円	入院 間 月分 日	
		円	円	円	円	円	入院 間 月分 日	
助成決定額合計						円		
処理上の注意 ・ 同月に入院・通院があつた場合は、入院の一部負担金から条例負担金を控除する。 ・ 備考には育成医療・未熟児養育医療費などの公費負担医療、高額療養費、所得制限者など記入する。								

様式第4号

子ども医療費助成資格内容等変更届

フリガナ			生年月日	年月日
子ども氏名				
新			旧	
子ども	氏名		氏名	
	住所		住所	
保護者	氏名		氏名	
	住所		住所	
加入保険	被保険者氏名		被保険者氏名	
	記号番号		記号番号	
	保険者名称		保険者名称	
	所在地		所在地	
	資格取得日	年月日		
	証発行日	年月日		
振込先	金融機関名	銀行 支店	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	(普・当)	口座番号	(普・当)
	フリガナ		フリガナ	
	口座名義		口座名義	
	変更日	年月日		
<p>上記のとおり、変更が生じたので、助成資格証を添えて申請します。</p> <p>年月日</p> <p>申請者 住所 珠洲市</p> <p>氏名 印</p> <p>珠洲市長 殿</p>				
登録番号		変更日	年月日	

様式第5号

子ども医療費助成資格証再交付申請書

子ども医療費助成資格証 { 破損 } したので、再交付願いたく申請します。
を { 亡失 }

子ども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
年 月 日				
申請者 住所				
氏名 ㊟				
珠洲市長 殿				