

○大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則

平成8年9月30日

規則第14号

(目的)

第1条 この規則は、大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例(平成8年大鰐町条例第12号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(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。

(資格証の交付申請)

第3条 条例第4条の規定により資格証の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、大鰐町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(更新)申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添えて町長に申請しなければならない。

(1) 申請者、申請者と生計を同じくする配偶者及び扶養義務者の前年分(1月から7月までの申請の場合は前々年分)の所得状況及び課税状況を証する書類

(2) その他町長が必要と認めた書類

2 前項の申請には、医療保険各法の被保険者若しくは被扶養者であることを証する被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。

(資格証の交付等)

第4条 町長は、前条に規定する申請を審査した結果、給付対象者と認定したときは大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証(様式第2号。以下「資格証」という。)を添えて大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格認定通知書(様式第3号)により、給付対象者と認定しないときは大鰐町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、その旨を申請者に対し通知しなければならない。

2 前項の規定による資格証を交付する場合の受給資格の始期は、原則として資格証交付の申請のあった日とする。

3 町長は、第1項の規定により資格証の交付を受けた申請者(以下「受給者」という。)に係る大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格者台帳(様式第5号)を整備しておかなければならない。

(転出による資格喪失)

第5条 給付対象者は、大鰐町の区域内に住所を有しなくなった日の翌日からその資格を喪失する。ただし、大鰐町の区域内に住所を有しなくなった日に他の市町村の区域内に住所を有するに至ったときは、その日から資格を喪失する。

(資格証の更新等)

第6条 資格証は、毎年8月1日に更新する。

2 受給者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、受給資格証交付(更新)申請書に資格証を添えて町長に提出し、資格証の更新を申請しなければならない。

3 前項の申請には、第3条の規定を準用する。

(資格証の再交付)

第7条 受給者は、資格証を破損、汚損又は亡失したときは、大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書(様式第6号)を町長に提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給者は、資格証を破損又は汚損して再交付を受けようとするときは、前項の申請書にその資格証を添付しなければならない。

3 町長は、第1項の規定により再交付する資格証には、再交付の表示をするものとする。

4 受給者は、資格証の再交付を受けた後に亡失した従前の資格証を発見したときには、速やかに従前の資格証を町長に返還しなければならない。

(医療費の給付申請)

第8条 受給者は、条例第6条の規定により医療費の給付を受けようとするときは、大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請書(様式第7号)に保険医療機関等の発行する領収書(ひとり親家庭等医療費給付申請書に保険医療機関等の証明がある場合は省略することができる。)を添えて、町長に申請しなければならない。ただし、町長は条例第2条第5項に規定する医療保険各法の適用を受ける給付対象者の医療費については、医療保険各法の規定による入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費及び特別療養費を除き、保険医療機関等の請求に基づき、青森県国民健康保険団体連合会又は

青森県社会保険診療報酬支払基金を通じて保険医療機関等に支払うことができる。

2 前項の申請には、資格証及び当該給付対象者の被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。

(平27規則12・一部改正)

(医療費の給付決定等)

第9条 町長は、前条に規定する申請書を審査した結果、医療費の給付を適当と認めるときは大鰐町ひとり親家庭等医療費給付決定通知書(様式第8号)により、不適当と認めるときは大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請却下通知書(様式第9号)により受給者に通知するものとする。

(父又は母の医療費)

第10条 条例第2条第6項第2号に規定する父又は母の医療費は、同項第1号の規定によって得られた額のうち、保険医療機関等(薬局は除く。)ごとに、1月に1,000円を超えた額に相当する額とする。

(他制度との給付の調整)

第11条 医療費の給付に当たっては、他の公費負担制度による療養の給付又は療養費の支給が受けられる場合は、その公費負担制度の適用を優先させるものとする。

(資格の変更等の届出)

第12条 受給者は、資格証の記載事項に変更が生じたとき、又は給付対象者が条例第5条第2項の各号のいずれかに該当したときは、速やかに大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格変更(消滅)届(様式第10号)に資格証を添えて町長に提出しなければならない。

(損害賠償の届出)

第13条 受給者は、条例第8条に規定する損害賠償を受けたときは、速やかに損害賠償受給報告書(様式第11号)を町長に提出しなければならない。

(医療費の返還)

第14条 条例第8条及び第9条の規定により医療費の返還をさせる場合は、大鰐町ひとり親家庭等医療費返還通知書(様式第12号)により通知するものとする。

(医療費給付台帳)

第15条 町長は、大鰐町ひとり親家庭等医療費給付台帳(様式第13号)を備え、医療費の給付に関して必要な事項を記載しておかなければならない。

(添付書類の省略)

第16条 町長は、この規則の規定により申請書又は届書に添えて提出する書類等について、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。

(委任)

第17条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

1 この規則は、平成8年10月1日から施行する。

2 この規則の施行に伴い、大鰐町母子家庭等医療費給付条例施行規則(平成3年大鰐町規則第11号)は、廃止する。

附 則(平成9年規則第10号)

この規則は、公布の日から施行し、平成9年9月1日から適用する。

附 則(平成15年規則第4号)

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則(平成17年規則第18号)

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

附 則(平成21年規則第12号)抄

1 この規則は、平成21年8月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第12号)

この規則は、平成27年10月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第19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2号)

(施行期日)

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の大鰐町情報公開条例施行規則、第4条の規定による改正前の大鰐町子ども・子育て支援法施行細則、第5条の規定による改正前の大鰐町児童手当事務処理規則、第6条の規定による改正前の大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則、第7条の規定による改正前の大鰐町乳幼児医療費の給付に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の大鰐町母子保健法施行細則、第9条の規定による改正前の大鰐町老人福祉法施行細則、第10条の規定による改正前の大鰐町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則、第11条の規定による改正前の大鰐町身体障害者福祉法施行細則、第12条の規定による改正前の大鰐町重度心身障害者医療費支給条例施行規則、第13条の規定による改正前の大鰐町知的障害者福祉法施行規則、第14条の規定による改正前の大鰐町介護保険料の徴収猶予及び減免に関する規則、第15条の規定による改正前の大鰐町都市計画下水道事業受益者負担金条例施行規則及び第16条の規定による改正前の大鰐町下水道事業受益者分担金条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号(第3条関係)

(平27規則19・全改)

(表面)

様式第1号(第3条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>					
大鰐町長 殿 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">住所 申請者 氏 名 印 電話番号</div>					
給	ふりがな氏名				
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
付	続 柄				
	申請者との同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
対	父又は母の氏名				
	ひとり親家庭等となった原因				
象	ひとり親家庭等となった年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	加入保険				
者	保険の種類				
	記号番号				
	付加給付の有無				
	保険者所在地				
資格証交付番号		第 号			
給付対象者と認めない		認める 給付対象者と認める年月日 年 月 日 認めない 認めない理由			

裏面の記入をお願いします。

(裏面)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格

課税資料閲覧 同意欄

受給資格証交付（更新）申請に係る所得要件判断及び医療費給付申請に係る所得確認のため、当該年度分の町民税の課税資料を閲覧することに同意します。

No.	申請者ならびに申請者と生計を同じくする配偶者および扶養義務者の氏名	個人番号	申請者との続柄	同意年月日
1	印			年 月 日
2	印			年 月 日
3	印			年 月 日
4	印			年 月 日
5	印			年 月 日
6	印			年 月 日
7	印			年 月 日

同意書に、署名及び個人番号の記載がない場合は、その方の所得証明書を添付する必要があります。

また、今年の1月1日（1～7月までの間に認定を受けようとする場合は前年の1月1日）の住所が他の市町村にあった方は、その方の所得証明書が必要となります。

様式第2号(第4条関係)

(平27規則12・全改)

様式第2号(第4条関係)

(表 面)

ひとり親家庭等医療費受給資格証							
受給者番号							
給付対象者	住所						
	氏名					性別	
	生年月日	年		月		日	
受給者氏名							
加入保険		種類	記号			番号	
有効期限		平成 年 月 日から					
		平成 年 月 日まで					
交付年月日		年		月		日	
発行機関名 及び印		青森県南津軽郡 大鰐町長					

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例により医療費の給付を受けるために必要とする証ですから、大切に保管してください。
- 2 医療費給付の申請書を提出するときは、この証を添えて提出してください。
- 3 医療費の給付を受けようとするときは、医療の給付を受けた日の属する日の翌月の初日から起算して2年以内に医療機関等で発行する領収書を添えて、町に申請してください。
- 4 この証に記載してある事項に変更があったときは、速やかに届出してください。
- 5 転出等により資格を失ったときは、この証を返してください。
- 6 この証を破ったり、汚したり、又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 7 偽りその他不正の行為により医療費の給付を受けたときには費用の返還をさせられることがあります。

様式第2号(第4条関係)

その2(現物給付)

(表 面)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証							
公費負担者番号							
受給者番号							
給付対象	入院・外来						
一部負担金 (1医療機関あたり)	入院・外来			なし			
有効期限	平成 年 月 日から						
	平成 年 月 日まで						
給付対象者	住 所						
	氏 名					性別	
	生年月日 年 月 日						
受給者氏名							
加入保険	種類		記号		番号		
<p>上記給付対象者の有効期限内における療養の給付に係る一部負担金については、支払いを要しないことを証明します。</p> <p>ただし、食事療養に係る標準負担額については支払いが必要です。</p>							
交付年月日	平成 年 月 日						
発行機関名	青森県南津軽郡						
及び印	大鰐町長						

その2(現物給付)

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例により医療費の給付を受けるために必要とする証ですから、大切に保管してください。
- 2 この証に記載されている給付対象者が療養の給付を受けるときは、医療保険証とともに保険医療機関等の窓口に表示してください。
- 3 この証に記載してある事項に変更があったときは、速やかに届出してください。
- 4 転出等により資格を失ったときは、この証を返してください。
- 5 この証を破ったり、汚したり、又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 6 偽りその他不正の行為により医療費の給付を受けたときには費用の返還をさせられることがあります。

様式第3号(第4条関係)

(平17規則18・平28規則2・一部改正)

様式第3号(第4条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格認定通知書

年 月 日

殿

大鰐町長



年 月 日付けで申請のありました大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格
について、審査の結果受給資格があると認められたので通知します。

なお、大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証を下記のとおり同封いたします。

記

番 号	対 象 者 氏 名	備 考

(告示) この決定に不服がある場合は、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か月以内に、町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か月以内であっても、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か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、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か月以内であっても、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か月以内に、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4条関係)

(平17規則18・平28規則2・一部改正)

様式第4号(第4条関係)

大鰐町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

殿

大鰐町長



年 月 日付で申請のありました大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格
について、審査の結果下記の理由により受給資格がないと認められたので通知します。

記

理 由

(告示) この決定に不服がある場合は、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か月以内に、町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か月以内であっても、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か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、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か月以内であっても、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か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第4条関係)

様式第5号(第4条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付資格者台帳

資格証 番号	大鰐町 前 号	申請受理 年月日	受給資格証交付 (更新)再交付 年月日	受領印	標準負担額の減額・入院状況													
					対象期間	市町村民税 氏名	月	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
受給者 氏名	男 女	生 年 月 日			・～・	非課税・免除												
住 所	大鰐町大字																	
給 付 対 象 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	資格喪失年月日	備 考													
	男					・～・	非課税・免除											
	女					・～・	非課税・免除											
	男					・～・	非課税・免除											
	女					・～・	非課税・免除											
	男					・～・	非課税・免除											
	女					・～・	非課税・免除											
	男						・～・	非課税・免除										
加 入 保 険	保 険 種 別	記 号 ・ 番 号	被 保 険 者 氏 名	続 柄	保 険 者	付 加 給 付 の 有 無	給付対象者と認定する年月日 (. . .)											
	(. . . 変更)	(. . . 変更)	(. . . 変更)															
	(. . . 変更)	(. . . 変更)	(. . . 変更)															

様式第6号(第7条関係)

様式第6号(第7条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

住所

申請者

氏名



下記の理由により、大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

対象者氏名	
理由	1 受給資格証をなくしたため 2 受給資格証の破損、汚損が著しく使用に基えないため 3 その他 ()

(注意) 破損又は汚損を理由として申請する場合は、現在の資格証を添付してください。

様式第7号(第8条関係)

(平15規則4・全改、平17規則18・一部改正)

様式第7号(第8条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

住 所

申請者

氏 名



年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	受給者証番号	
男 女	年 月 日	大鰐町第 号	
保 険 証 記 号 番 号	記号	保険種別	政・組・船・共・国
	番号	保険者名	
支払金融機関	銀行 店		口座番号

保 険 医 療 機 関 証 明 欄	保険診療総点数 (入院時食事療養費を除く。)	入院 点	他法 負担 点	一部負担受領額	
		外来 点		点 円	
		点(円)			
	入 院 食事療養費入院口数	日	1日当たりの 標準負担額	円	標準負担 受領総額 円
(※入院時食事療養費については、平成17年9月以前の分のみ記入してください。) 上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 医療機関等の 所在地・名称 院長氏名					



一部負担額 (調剤含む) A	標準負担額 B	付加給付金 C	受給者負担額 D	給付決定額 A + B - C - D

※太枠内は申請者が記入してください。

様式第8号(第9条関係)

(平17規則18・平28規則2・一部改正)

様式第8号(第9条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付決定通知書

年 月 日

殿

大鰐町長



年 月 日付けで申請のありました大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請
(年 月分)について、下記のとおり決定したので通知します。

記

受 診 者			
給 付 額			
支 払 期 日	年 月 日		
支 払 方 法			

(教示) この決定に不服がある場合は、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か月以内に、町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か月以内であっても、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か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、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か月以内であっても、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か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第9号(第9条関係)

(平17規則18・平28規則2・一部改正)

様式第9号(第9条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請却下通知書

年 月 日

殿

大鰐町長



年 月 日付けで申請のありました大鰐町ひとり親家庭等医療費給付申請
(年 月分)について、下記の理由により給付できないので通知します。

記

理 由

(教示) この決定に不服がある場合は、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か月以内に、町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か月以内であっても、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か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、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か月以内であっても、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か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第10号(第12条関係)

様式第10号(第12条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費受給資格 ^{変更} _{消滅} 届

年 月 日

大鰐町長 殿

住所

申請者

氏名



下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

		新	旧	変更年月日	
給付対象者	住所				
	氏名				
	加入	種別			
		記号番号			
	保険	保険者			
		所在地			
受給者	住所				
	氏名				

2 消滅届

消滅事項	
事由	

様式第11号(第13条関係)

様式第11号(第13条関係)

損害賠償受給報告書

年 月 日

大鰐町長 殿

住所

申請者

氏名



下記のとおり損害賠償を受けたので報告します。

記

給付対象者	住所			
	氏名		生年月日	
	資格証番号			
損害賠償をした者	住所			
	氏名		生年月日	
	職業			
医療機関	名称			
	所在地			
	診療期間			
損害賠償を受けた内容				

様式第12号(第14条関係)

(平17規則18・平28規則2・一部改正)

様式第12号(第14条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費返還通知書

年 月 日

殿

大鰐町長



先に給付した医療費について、下記のとおり過支給が生じたので、速やかに返還してください。

記

1 医療費

給付年月日	既給付額	新給付額	要返還額
年 月 日	円	円	円

2 返還理由

3 返還金納付期日 年 月 日

4 返還方法

(告示) この決定に不服がある場合は、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か月以内に、町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か月以内であっても、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か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、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か月以内であっても、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か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第13号(第15条関係)
(平21規則12・全改)

様式第13号(第15条関係)

大鰐町ひとり親家庭等医療費給付条例														医療機関情報			
請求月	受給者氏名	受給者住所	診療月	保険種別	入院区分	給付費						入院時食事療養費標準負担額			給付額⑤	医療機関名	所在地
						地区医療費①	保険負担額②	高額療養費③	給付額④	自己負担額⑥	給付額⑦	入院日数	標準負担額⑧	給付額⑨			
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												
					入・外												

※決定年月日に応じ受給者ごとに記入のうえ各月ごとに月割をとること。
 ※①～④＝①－④＝⑤
 ①×入院日数＝⑤入院時食事療養費標準負担額は、平成17年9月以前の分を記入すること。
 ⑥＋⑧＝⑨
 注 ④欄は、高額療養費及び高額介護合算療養費について記入すること。