

○白石町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則

平成17年1月1日

規則第56号

改正 平成21年6月29日規則第11号

平成22年6月25日規則第13号

平成28年3月31日規則第6号

平成29年6月1日規則第9号

(趣旨)

第1条 この規則は、白石町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例（平成17年白石町条例第100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。

(受給資格の申請)

第2条 条例第6条の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給資格認定（更新）申請書（様式第1号）を提出しなければならない。

(受給資格の交付等)

第3条 条例第7条の規定による受給資格証は、様式第2号による。

2 町長は、受給資格証を交付したときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳（様式第3号）に登録しなければならない。

3 町長は、受給資格がないと認めたときは、ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請却下通知書（様式第4号）により、その旨を申請者に通知するものとする。

4 条例第7条第2項に規定する受給資格証の更新手続は、毎年8月1日から31日までに行わなければならない。

5 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証のすべ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町長に返還しなければならない。

(再交付)

第4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、町長にひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書（様式第5号）により再交付を申請しな

ければならない。

(給付の申請)

第5条 条例第9条第1項に規定する申請をする場合は、ひとり親家庭等医療費助成金申請書(様式第6号)を、高額医療費の適用を受ける者については、高額療養費受給状況申出書(様式第7号)を併せて提出するものとする。

2 前項の申請は、医療を受けた日から起算して2年以内に行わなければならない。

(給付の決定等)

第6条 条例第9条第2項の規定により助成金を決定したときは、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、給付不適当と認めたときは、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、申請者に通知するものとする。

(届出)

第7条 条例第10条に規定する届出事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給者又は保護者等の住所及び氏名
- (2) 被保険者名
- (3) 保険者名又は組合名
- (4) 保険証の記号番号
- (5) 付加給付金の内容
- (6) 受給資格の該当要件
- (7) 前各号に掲げるもののほか、必要な事項

2 前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10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)により行わなければならない。

(助成金の返還)

第8条 条例第11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返還通知書(様式第12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1月1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、合併前の白石町母子家庭等医療費の助成に関する規則（平成5年白石町規則第13号）、福富町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5年福富町規則第18号）又は有明町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5年有明町規則第13号）の規定によりなされた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21年6月29日規則第11号）

(施行期日)

1 この規則は、平成21年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成21年10月1日から平成23年9月30日までに行われた医療については、この規則による改正前の白石町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則に規定する様式を使用することができる。

附 則（平成22年6月25日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の白石町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成22年4月1日から適用する。

附 則（平成28年3月31日規則第6号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年6月1日規則第9号）

この規則は、平成29年8月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

受給者番号

ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書							
助成対象者							
氏名	続柄	生年月日	同居別居	氏名	続柄	生年月日	同居別居
加入医療保険							
保険の名称				保険証記号番号			
被保険者名				付加給付の状況			
発行機関の名称・所在地							
所得額				児童扶養手当・母子福祉年金記号番号	児扶第	第	号
上記により認定(更新)くださるよう申請します。 年 月 日 白石町長 殿 住所 申請者(受給者) 氏名 印 認定(更新)後、医療費助成金給付の際は、次の口座へ振り込んでください。							
振込希望 金融機関				口座番号			
				名義人			

同意書	
認定(更新)又は助成額の決定に関して、課税資料等により確認することに同意します。	
氏名	印

※決定欄	該当	ア 死 亡	非該当	ア 所得制限 イ 児童の年齢超過 ウ 配偶者がいるようになった。 エ 一人暮らしでなくなった。 オ その他 ()
		イ 離 棄 婚		
		ウ 生 死 不 明		
		エ 疾 病 禁		
		オ カ 拘 禁		
		キ 未 婚 の 母		
		ク 一 人 暮 ら し の 寡 婦		
		ケ そ の 他		

世帯コード

※印の欄は記入しないでください。

受給資格認定申請に係る添付書類
(児童扶養手当又は母子福祉年金の受給者以外の者)

- 1 母子(父子)家庭の母(父)
 - (1) 母子(父子)家庭であることの民生(児童)委員の証明書(別紙1)
 - (2) 前年の源泉徴収票又は所得証明書
- 2 母子(父子)家庭の児童(上記書類に加えて)
 - (1) 年齢及び母(父)等との続柄を明らかにする書類・・・住民票又は戸籍謄(抄)本
 - (2) 別居のとき・・・別居監護申立書
- 3 父母のない児童(上記書類に加えて)
父母の状況を明らかにする書類として
 - (1) 死亡・・・戸籍謄(抄)本
 - (2) 生死不明・・・その事実を明らかにすることができる書類
 - (3) 遺棄・・・遺棄申立書(公的機関又は民生(児童)委員の証明を添えたもの)
 - (4) 拘禁・・・その事実を明らかにすることができる書類
 - (5) 精神又は身体の障害一労働能力を失っている状態が固定していることを示す医師の診断書

別紙1

母子家庭 父子家庭 であることの申立書及び証明書					
私は、白石町ひとり親家庭等医療費に関する条例第 条第 号に定めるひとり親家庭の母(父子家庭の父)である旨次のとおり申し立てます。					
年 月 日					
住 所 氏 名 印					
母子(父子)家庭 となった時期	年 月 日				
母子(父子)家庭 となった原因	1 配偶者と死別 2 配偶者と離婚 3 配偶者が生死不明 4 配偶者が遺棄 5 配偶者が海外在住 (扶養不可能な場合) 6 配偶者が疾病 (長期間労働能力欠如) 7 配偶者が長期拘禁 8 婚姻によらない母 年 月 日以降				
監 護 し て い る 20 歳 未 満 の 子	続 柄	氏 名	生 年 月 日	学 校 学 年 又 は 職 業	別居の場合は 住 所
上記申立てのとおりに相違ないことを証明します。					
年 月 日					
地区民生(児童)委員 氏 名 印					
白石町長 様					

様式第 2 号 (第 3 条関係)

(表)

ひとり親家庭等 医療費受給資格証		記号・番号	
受給者	氏名		
	住所		
受給資格者	氏名	生年月日	備考
有効期限	年 月 日 から 年 月 日		確認印
			確認印
年 月 日発行 白石町長 印			

(裏)

注 意 事 項

1. この証は、お医者さんにかかるときは被保険者証と
いっしょに窓口に提示してください。
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、速やかに白石町役場に届出てください。
3. 交通事故など第三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、白石町役場に届出てください。
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。
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。
6. 偽りその他不正行為で助成を受けたときは、助成金
を返還させることがあります。

様式第3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(母子・父子)

資格証番号					申請書受理年月日				資格証交付(更新)年月日		受領印	
(ふりがな) 受給者					住所							
受給資格者	氏名	続柄	生年月日	性別	同居・別居	備考						
加入医療保険	被保険者名	記号番号	保険名	名称・所在地			口座振替金融機関					
							金融機関名	種類	口座番号	口座名義人		
摘要	・ 監護している20歳未満の子(受給者以外) ・ 児童扶養手当、母子福祉年金記号番号 ・ 配偶者の状況 ・ 所得額 ・ 扶養親族の数											

様式第4号(第3条関係)

番 号
年 月 日

様

白石町長



ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請却下通知書

年 月 日付けで申請されたひとり親家庭等医療費受給資格につきましては、次の理由により却下しましたので通知します。

(理由)

この決定に不服がある場合には、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に白石町長に対し審査請求をすることができます。

また、本決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に白石町を被告として(訴訟において白石町を代表する者は白石町長となります。)当該訴えを提起することができます。ただし、正当な理由がない限り、この決定の日から1年を経過したときは、提起することができません。

ひとり親家庭等医療証再交付申請書

年 月 日

白石町長 様

申請者 住所

氏名 印
電話（ - ）

下記のとおり、ひとり親家庭等医療証の再交付を申請します。

受給者氏名

生年月日

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

申請の理由

- 1. なくした
- 2. やぶれた
- 3. よごした
- 4. その他
()

台帳	医療証

様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金申請書

年 月 日

白石町長 様

申請者 住 所 区
(受給者)氏 名 印
(電話番号)

次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

受給資格者証記号番号		加 入 保 険	被保険者氏名	
患者との続柄			保険証記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 名	

[医療機関等記入欄]

申請書は、入院、歯科、調剤別に診療月ごとに1枚ずつ作成してください。

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患 者 氏 名				
診 療 月	年 月 分 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
公費負担点数	点	点	点	点
保 険 診 療 一部負担金額	円	円	円	円
薬 剤 費 一 部 負 担 額	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等所在地 住所 氏名 印				
[市町村記入欄]			世帯コード	
給 付 決 定 額				
	一部負担金	高額療養費	付加給付額	給付額
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	円

- 注意
- 1 保険診療以外の医療費については申請できません。
 - 2 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。
 - 3 1箇月分につき個人負担金500円が控除されます。
 - 4 市町村記入欄は、記入しないでください。

様式第7号(第5条関係)

高 額 療 養 費 受 給 状 況 申 出 書

年 月 日

白石町長 様

申請者 住 所
氏 名



年 月 日診療月以前12月間に3回以上の高額療養費の支給を受けている(支給を受けていない)ことを申し出ます。

(支給を受けていない場合)

保険給付機関の証明

年 月 日診療月以前12月間に3回以上の高額療養費の支給を行っていないことを証明します。

保険給付機関 住 所
名 称



様式第8号(第6条関係)

番 号
年 月 日

様

白石町長 印

ひとり親家庭等医療費助成金決定通知書

さきに申請(請求)されたひとり親家庭等医療費助成金については、条例の定めるところにより、申請(請求)額から控除額(高額療養費、付加給付額、自己負担額)を差し引いて決定し、次のとおり給付することになったので通知します。

区 分	給 付 対 象 者	決 定 額
月 分		
月 分		
月 分		
月 分		
計		

(注)決定額について不明な点は、早めに申し出てください。

様式第9号(第6条関係)

番 号
年 月 日

様

白石町長



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(請求)されたひとり親家庭等医療費助成金の給付については、次の理由により給付できないので通知します。

(理由)

この決定に不服がある場合には、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に白石町長に対し審査請求をすることができます。

また、本決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に白石町を被告として(訴訟において白石町を代表する者は白石町長となります。)当該訴えを提起することができます。ただし、正当な理由がない限り、この決定の日から1年を経過したときは、提起することができません。

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

白石町長 様

届出人 住所

氏名 印

電話

下記のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1. 市町村から転出した 2. 生活保護を受けた 3. 親でなくなった 4. 児童福祉施法により児童福祉施設に収容された 5. 死亡した 6. その他 ()	
受給資格喪失年月日	年 月 日	
医療証の 受給者番号 及び氏名	受給者番号	
	氏 名	

様式第12号(第8条関係)

番 号
年 月 日

様

白石町長



ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書

さきに支給した医療費助成金については、次のとおり返還してください。

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 2 条関係）

別紙 1

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 5 条関係）

様式第 7 号（第 5 条関係）

様式第 8 号（第 6 条関係）

様式第 9 号（第 6 条関係）

様式第 1 0 号（第 7 条関係）

様式第 1 1 号（第 7 条関係）

様式第 1 2 号（第 8 条関係）