

○匝瑳市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則

平成18年1月23日

規則第93号

改正 平成18年11月24日規則第224号

平成20年9月25日規則第60号

平成22年3月31日規則第25号

平成22年6月21日規則第34号

平成26年3月20日規則第4号

平成27年12月25日規則第58号

(趣旨)

第1条 この規則は、匝瑳市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例（平成18年匝瑳市条例第90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。

(児童の障害の状態)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第1のとおりとする。

(配偶者の障害の状態)

第3条 条例第2条第2項第1号イに規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第2のとおりとする。

(支給制限の適用除外)

第4条 条例第4条第1項各号列記以外の部分に規定する規則で定める場合は、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第12条第1項に該当する場合とする。

(支給の制限に該当する所得の額)

第5条 条例第4条第1項第1号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第9条又は第9条の2の規定による児童扶養手当の支給制限に該当する額とする。

2 条例第4条第1項第2号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第10条又は第11条の規定による児童扶養手当の支給制限に該当する額とする。

(所得の範囲及び所得の額の計算方法)

第6条 条例第4条第2項に規定する規則で定める所得の範囲及びその額の計算方法については、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第3条第1項及び第4条の規定によるものとする。

(給付申請書の交付)

第7条 条例第6条第1項に規定する規則で定めるひとり親家庭等医療費等給付申請書（第1号様式）の交付を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書（第2号様式）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、市長は、当該書類により証明すべき事実を、公簿等により確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。

(1) 国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であることを証する書類

(2) 戸籍の謄本又は抄本

(3) 世帯の全員の住民票の写し

(4) ひとり親家庭等の父母等及び扶養義務者等の前年の所得の状況を証する書類

(5) 離婚等により、ひとり親家庭等になった場合、母又は父がその監護する児童の父又は母から、その児童について扶養義務を履行するための費用として受け取る金品その他経済的な利益に係る所得に関する申告書（第3号様式。以下「養育費に関する申告書」という。）

(6) 18歳以上20歳未満の児童が別表第1程度の状態にある場合又は配偶者が別表第2程度の状態にある場合は、これを証する年金証書又は診断書

2 前項ただし書の規定にかかわらず、児童扶養手当法による児童扶養手当の支給を受けている者が、児童扶養手当証書を提示するときは、同項第2号から第6号までの書類の添付を省略することができる。

3 ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書の有効期限は、原則としてひとり親家庭等の父母等が当該資格申請書を提出し、市が受理した日から初めての7月末日までとする。

(届出)

第8条 条例第7条に規定する規則で定める届出は、ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届（第4号様式）で行うこととする。

2 前項の届出には、当該届出により変更すべき事実を証明する書類を添付しなければならない。ただし、市長は、当該書類により証明すべき事実を、公簿等により確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。

（その他）

第9条 この規則の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の八日市場市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（平成8年八日市場市規則第29号）又は野栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（平成8年野栄町条例第16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18年11月24日規則第224号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年9月25日規則第60号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成22年3月31日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年6月21日規則第34号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、この規則による改正前の規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、当分

の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成26年3月20日規則第4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 この規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、改正前の匠瑳市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成27年12月25日規則第58号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28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（以下「施行日」という。）前に改正前の第2号様式及び第4号様式の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

別表第1（第2条、第7条関係）

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 両眼の視力の和が0.08以下のもの(2) 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(3) 平衡機能に著しい障害を有するもの(4) そしゃくの機能を欠くもの(5) 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの(6) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの(7) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの(8) 一上肢の機能に著しい障害を有するもの(9) 一上肢の全ての指を欠くもの(10) 一上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの(11) 両下肢の全ての指を欠くもの(12) 一下肢の機能に著しい障害を有するもの |
|--|

- (13) 一下肢の足関節以上を欠くもの
- (14) 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
- (15) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- (16) 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- (17) 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第2（第3条、第7条関係）

- (1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの
- (2) 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
- (3) 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- (4) 両上肢の全ての指を欠くもの
- (5) 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの
- (6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- (7) 両下肢を足関節以上で欠くもの
- (8) 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの
- (9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの
- (10) 精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの
- (11) 傷病が治らないので、身体の機能又は精神に労働することを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有するものであって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過しているもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

第1号様式(第7条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費等給付申請書					年 月 日
匝瑳市長 あて					申請者 住所 氏名 電話 ㊟
下記のとおり、医療費等の給付を申請します。					
記					
氏 名				申請者との続柄	
住 所				生年月日	年 月 日
加入医療 保 険	名称	記号番号			
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
保険医療機関・保険薬局証明欄					
診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤)*該当に○印を付けてください。					
診療・調剤月	年 月 分	公費負担額	有()	無	円
保険総点数	入院 点	通院 点	調剤 点		
入院延日数	日	入院時食事療養 費の標準負担額	()	円	円× 日)
証明手数料	円				
保険医療機関 又は保険薬局 の名称・氏 名・所在地	上記のとおり証明します。				(取扱者 ㊟)
*福祉課記入欄(記入しないでください。)					
自己負担額	付加給付額	一部負担額	証明手数料	助成交付額E	
A	等 B	C	D	A - (B + C) + D	
医 円 計	有 円	円	円	円	
食 円	無 円				
確認者印					

備考 申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

(裏)

～医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者からこの申請書により、診療を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、この申請書に1箇月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

～受診される方へ～

【申請までの順序】

- 1 この申請書は、各月においてはじめて医療を受けるとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関の窓口で提示してください。
- 2 医療機関の窓口で請求された医療にかかった額を支払ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関に提示し、前月1箇月分の医療にかかった額の証明を受けてください。
(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 この申請書を匝瑳市福祉課又は野栄総合支所に提出してください。

【お願い】

- 1 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、速やかにその旨を匝瑳市福祉課又は野栄総合支所に届け出てください。
- 2 受給資格がなくなったとき(他市町村への転出を含む。)は、速やかに匝瑳市福祉課又は野栄総合支所に届け出てください。
- 3 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。

第2号様式(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書						
					年 月 日	
匝瑳市長 あて			申請者 住所 氏名 電話			
家族 構 成	* 対象・ 対象外の別	氏 名	個人番号	生年月日	申請者との続柄	備 考
				・ ・	本 人	
				・ ・		
				・ ・		
				・ ・		
保 険 の 種 類	被 保 険 者 氏 名					
	住 所					
	記 号			番 号		
	保 険 者 名 称					
	所 在 地					
交付年月日				資格取得年月日		
添 付 書 類 等	受給資格の審査のため所得及び諸控除並びに住民票の確認が必要となります。 次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。 1 所得及び諸控除の額について <input type="checkbox"/> 申請者及び同一世帯の構成員の所得に関する証明書を添付する。 <input type="checkbox"/> 匝瑳市が保有する申請者及び同一世帯の構成員の市民税に関する情報のうち、所得及び諸控除の額について、匝瑳市が調査することに同意します。 2 世帯全員の住民票について <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写しを添付します。 <input type="checkbox"/> 匝瑳市が保有する公簿で、匝瑳市が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書を提示します。					
	生活保護受給状況		<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中			
	* 所得の適否		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否			
			銀行・組合・金庫 支店・支所			
振 込 機 関 先			口座番号			
	1 普通			ふりがな		
	2 当座			名義人		
備考						
1 *印の項目については、匝瑳市で記載しますので、記入しないでください。 2 個人番号は、収入のない方の記入は不要です。 3 その他の添付書類 ア 保険証 イ 戸籍の謄本又は抄本 ウ 18歳以上20歳未満の児童が別表第1程度の状態にある場合又は配偶者が別表第2程度の状態にある場合は、これを証する年金証書又は診断書 エ 養育費に関する申告書 4 児童扶養手当証書をお持ちの方は、窓口に表示すると備考3のイ～エは省略できます。身障害者医療費助成受給券の交付を受けたいので申請します。						

第3号様式(第7条関係)

(表)

養育費に関する申告書

前年(1月から12月までの1年間)に養育費を受け取っていますか。	有 ・ 無
----------------------------------	-------

養育費を受け取っている方のみ、以下に御記入ください。

養育費の額 年1月1日から 年12月31日までに受 け取った額	母又は父名義 の も の		円
	子名義のもの		円
	合 計		円
養育費を支払っている者の 氏名		児童と の続柄	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

匝瑳市長 あて

(裏)

養育費に関する申告書について

ひとり親家庭等医療費等助成制度は、ひとり親家庭等の生活の安定と福祉の向上を目的としており、医療費を適正に助成するために、受給資格申請書の交付・更新申請時に所得に関する証明書などの各種書類を提出していただいているところですが、児童扶養手当の制度改正に伴い、離婚によりひとり親家庭等になった方につきましては、新たに「養育費に関する申告書」を提出していただくことになりました。

離婚した父親又は母親は、児童に対する扶養義務があり、児童の扶養のために養育費を支払う義務があります。別れた父親又は母親から養育費を受けている方は、受けていない方に比べてそれだけ家計の収入が増えますので、本事業の対象となるかどうかを判定する際に、その受け取った養育費を所得として加えることとなります。

(所得として含めるもの)

以下のようなものを養育費として、所得に含めることとなります。

養育費の所得算入は、児童扶養手当制度に準じていますので、受け取っている金銭等を養育費に含めるか否か判断がつきにくいときは、匝瑳市福祉課又は野栄総合支所にお問い合わせください。

児童を養育するために必要な費用として受けている金銭又は有価証券
(例)児童の学費
児童を扶養するのに必要と思われる食費や生活必需品の購入費

なお、所得として含めるのは、別れた父親又は母親から受け取ったもののみです。それ以外の方(例 祖父母など)から受け取ったものは含めません。

また、銀行口座等に振り込まれている場合は、母親及びその児童又は父親及びその児童の名義の口座に振り込まれているものに限ります。

第4号様式(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> 匝瑳市長 あて <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 届出人 住所 氏名 個人番号 電話 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	
変更事項名	*該当を○で囲み、必要事項を記入すること。
1 住 所	(新) _____ (旧) _____
2 加入 社会 保険	保険の種類 (新) 政・組・船・共・国 (旧) 政・組・船・共・国
	記号・番号 (新) _____ (旧) _____
	保険者名 (新) _____ (旧) _____
3 そ の 他	_____ _____
変更年月日	年 月 日

備考

- 1 この届けには、被保険者証等変更を証明する書類を添付してください。
- 2 住所の変更を証する書類は、次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。
 - 住民票の写しを添付します。
 - 匝瑳市が保有する公簿で、匝瑳市が調査することに同意します。

第 1 号様式 (第 7 条関係)

第 2 号様式 (第 7 条関係)

第 3 号様式 (第 7 条関係)

第 4 号様式 (第 8 条関係)