

○平川市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則

平成18年1月1日

規則第81号

改正 平成19年7月19日規則第34号

平成20年12月9日規則第37号

平成21年9月18日規則第24号

平成23年3月23日規則第4号

平成27年12月28日規則第39号

平成28年3月17日規則第5号

平成29年11月1日規則第26号

平成30年3月22日規則第4号

平成30年9月14日規則第28号

(趣旨)

第1条 この規則は、平川市ひとり親家庭等医療費給付条例（平成18年平川市条例第102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。

(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、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。）に次に掲げる書類を添えて市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) 前号に掲げるもののほか、市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 市長は、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、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、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 市長は、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、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、平川市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、平川市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 資格証の更新は、毎年8月1日を基準日とする。

2 受給者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、受給資格証交付(更新)申請書に資格証及び第3条第1項に掲げる書類を添えて市長に提出し、資格証の更新を申請しなければならない。

3 前項の規定による申請については、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、資格証を破損し、汚損し、又は亡失したときは、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)を市長に提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給者は、資格証を破損し、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 市長は、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は、速やかに従前の資格証を市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、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、市長に申請しなければならない。

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。

3 保険医療機関等は、条例第6条第1項ただし書の医療費の支払を請求しようとするときは、医療費請求明細書を青森県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金青森支部に提出しなければならない。

(医療費の給付決定等)

第9条 市長は、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、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、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。

(他制度との給付の調整)

第10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11条 受給者は、資格証の記載事項に変更を生じたとき、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)に資格証を添えて市長に届け出なければならない。

(損害賠償の届出)

第12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)を市長に提出しなければならない。

(医療費の返還)

第13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、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14条 市長は、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録しておかなければならない。

(添付書類の省略)

第15条 市長は、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(マイナンバー制度による情報連携を含む。)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。

(その他)

第16条 この規則に定めるもののほか、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、平成18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、合併前の平賀町ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則(平成3年平賀町規則第12号)、尾上町ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則(平成8年尾上町規則第14号)又は碓ヶ関村ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則(平成8年碓ヶ関村規則第14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19年7月19日規則第34号)

(施行期日)

1 この規則は、平成19年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に交付されている資格証は、平成19年8月31日までなおその効力を有する。
- 3 この規則の施行前に改正前の様式第7号によりなされた医療費の給付申請は、改正後の様式第7号によりなされたものとみなす。

附 則 (平成20年12月9日規則第37号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成21年9月18日規則第24号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の第6条の規定は、平成21年8月1日から適用する。

附 則 (平成23年3月23日規則第4号)

この規則は、平成23年8月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月28日規則第39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3月17日規則第5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 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であつてこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第3条の規定による改正前の平川市空き家等の適正管理に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の平川市税に関する文書の様式を定める規則、第7条の規定による改正前の平川市公の施設の指定管理者の指定等に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の平川市生活保護法施行細則、第9条の規定による改正前の平川市児童福祉法施行細則、第10条の規定による改正前の平川市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の確認等に関する規則、第

1 1 条の規定による改正前の平川市児童手当事務取扱規則、第 1 2 条の規定による改正前の平川市子ども手当事務取扱規則、第 1 3 条の規定による改正前の平川市子ども医療費給付条例施行規則、第 1 4 条の規定による改正前の平川市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則、第 1 5 条の規定による改正前の平川市母子保健法施行細則、第 1 6 条の規定による改正前の平川市出産祝金条例施行規則、第 1 7 条の規定による改正前の平川市母子生活支援施設入所規則、第 1 8 条の規定による改正前の平川市助産施設入所規則、第 1 9 条の規定による改正前の平川市老人福祉法施行細則、第 2 0 条の規定による改正前の平川市身体障害者福祉法施行細則、第 2 1 条の規定による改正前の平川市知的障害者福祉法施行細則、第 2 2 条の規定による改正前の平川市重度心身障害者医療費助成条例施行規則、第 2 3 条の規定による改正前の平川市介護保険条例施行規則、第 2 4 条の規定による改正前の平川市環境保全条例施行規則、第 2 5 条の規定による改正前の平川市法定外公共物管理条例施行規則及び第 2 6 条の規定による改正前の平川市営住宅管理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。

附 則（平成 2 9 年 1 1 月 1 日規則第 2 6 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成 3 0 年 3 月 2 2 日規則第 4 号）

（施行期日）

1 この条例は、平成 3 0 年 8 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の平川市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以降に受けた療養の給付に係る医療費の給付について適用し、施行日前に受けた療養の給付に係る医療費の給付については、なお従前の例による。

附 則（平成 3 0 年 9 月 1 4 日規則第 2 8 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

平川市長 様

住 所

申請者

氏 名



電 話

ひとり親家庭等医療費給付条例第6条の規定により次のとおり申請します。

なお、ひとり親家庭等医療費の給付にあたり、平川市が給付対象者の加入する医療保険の療養費(付加給付)・高額療養費・高額介護合算療養費等を調査すること、当該療養費等が支給されるときは平川市に返納すること、又は平川市が代理請求することに同意します。

対 象 者	ふりがな 氏 名				
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	続 柄	本人	子	子	子
	申請者との 同居別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居
	父の氏名				
	母の氏名				
	ひとり親家庭 等となった原因	離婚・死別・未婚	離婚・死別・未婚	離婚・死別・未婚	離婚・死別・未婚
	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	保険の種類	国・協・組・共	国・協・組・共	国・協・組・共	国・協・組・共
記号番号					
付加給付の 有 無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
保 険 者 所 在 地					
資格証交付番号					
認める		対象者と認める年月日		年 月 日	
対象者と 認めない		認めない理由			

(裏)

現住所	平川市				児扶No.			
同居家族員	氏名	個人番号				続柄	生年月日	職業
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	
							年 月 日	

年分所得額調べ		世帯コード					
区分	受給者	配偶者	扶養義務者	扶養義務者	扶養義務者		
氏名							
個人番号							
扶養親族うち	人	人	人	人	人		
①老人扶養人数	① () 人	① () 人	① () 人	① () 人	① () 人		
②特定扶養人数	② () 人	② () 人	② () 人	② () 人	② () 人		
所得額	円	円	円	円	円		
養育費	10割	/	/	/	/		
	8割					円	
控除①	障害特除 老人	人 年	円	円	円	円	円
控除②	配医雑 特療損規 小	人 規	円	円	円	円	円
社保	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円		
控除後の所得額	円	円	円	円	円		
所得制限限度額	円	円	円	円	円		

様式第2号(第4条関係)

その1

(児童の表面)

平川市ひとり親家庭等医療費受給資格証		
公費負担者番号		
受給資格証番号		
給付対象	入院・外来	
自己負担額 (医療機関あたり)	入院	なし
	外来	なし
有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで	
対象児童氏名 (生年月日)	年 月 日	
保護者氏名		
加入 保険	種 類 記 号 番 号	
上記対象児童の有効期限内における医療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。 年 月 日		
平川市長 印 ※入院時食事療養費は、支払いが必要です。		

(児童の裏面)

注 意 事 項
1 この資格証は、平川市ひとり親家庭等医療費給付事業に基づき、ひとり親家庭等医療費を給付する証明書ですから大切に保管してください。
2 この資格証に記載されている児童が医療費の給付を受けるときは、被保険者証とこの資格証をあわせて保険医療機関等の窓口に掲示してください。
3 この資格証に記載してある事項に変更があったとき又は転出等により資格を失ったときは、直ちにこの資格証を市にお返しください。
4 この資格証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付しますから申し出てください。
5 偽りその他不正の行為により医療費の支給を受けたときには、費用の返還をさせられることがあります。

その2

(児童以外の表面)

平川市ひとり親家庭等医療費受給資格証									
公費負担者番号									
受給資格証番号									
給付対象	入院・外来								
自己負担額 (1医療機関あたり)	入院	1月1,000円							
	外来								
有効期限	年	月	日	から	年	月	日	まで	
	年	月	日	から	年	月	日	まで	
受給者氏名 (生年月日)									
	年	月	日						
加入 保険	種								
	類								
加入 保険	記								
	号								
<p>上記対象者の有効期限内における医療費の給付に係る一部負担金については、1医療機関あたり1月1,000円までの支払いを要します。ただし、保険調剤薬局では不要です。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">平川市長 印</p> <p>※入院時食事療養費は、支払いが必要です。</p>									

(児童以外の裏面)

注 意 事 項									
<p>1 この資格証は、平川市ひとり親家庭等医療費給付事業に基づき、ひとり親家庭等医療費を給付する証明書ですから大切に保管してください。</p> <p>2 この資格証に記載されている者が医療費の給付を受けるときは、被保険者証とこの資格証をあわせて保険医療機関等の窓口に掲示してください。</p> <p>3 この資格証に記載してある事項に変更があったとき又は転出等により資格を失ったときは、直ちにこの資格証を市にお返しください。</p> <p>4 この資格証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付しますから申し出てください。</p> <p>5 偽りその他不正の行為により医療費の支給を受けたときには、費用の返還をさせられることがあります。</p>									

様式第3号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格認定通知書

年 月 日

様

平川市長



年 月 日付で申請のありました平川市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、平川市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

教示

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、書面で、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消し訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第4号(第4条関係)

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

様

平川市長



年 月 日付で申請のありました平川市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

教示

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、書面で、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消し訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第5号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格者台帳

資格証番号	平川市第 号	申請受理年月日	. . .	受給資格証交付(更新)再交付年月	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	7	
受給者氏名	男・女	生年月日	. . .	. . .		. ~ .	非課税・免除															
個人番号		住所				. ~ .	非課税・免除															
給付対象者	氏名	続柄	生年月日	資格喪失年月日	備考																	
	個人番号					. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	非課税・免除															
	男女		. . .			. ~ .	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	附加給付の有無	給付対象と認定する年月日 (. . .)															
	(. . . 変更)	(. . . 変更)	(. . . 変更)																			
	(. . . 変更)	(. . . 変更)	(. . . 変更)																			

様式第6号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

平川市長 様

住 所
申請者
住 所 ㊟

次の理由により、平川市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。

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堪えないため。 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)

ひとり親家庭等医療費給付申請書

年 月 日

平 川 市 長 様

住 所

申請者

氏 名



電話番号

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	平川市第 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	

保 険 医 療 機 関 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 ----- 外来 点 ----- 点(円)	他法 負担 点	一部負担受領額
	点 円			
上記の一部負担金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A	標準負担額B	高額療養費 附加給付金C	受給者負担D	給付金決定額 (A+B-C-D)
医療機関等					
保険調剤薬局等					

※ 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)

ひとり親家庭等医療費給付決定通知書

年 月 日

様

平川市長



年 月 日付けで申請のありました平川市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

受診者氏名	
給付額	
支払期日	年 月 日
支払方法	

教示

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、書面で、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消し訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第9号(第9条関係)

ひとり親家庭等医療費給付申請却下通知書

年 月 日

様

平川市長



年 月 日付けで申請のありました平川市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

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、書面で、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消し訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第10号(第11条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格 変更 届
消滅

年 月 日

平川市長 様

住 所
申請者
氏 名

下記のとおり資格証を添えて届け出ます。

記

1 変更届

		新	旧	変 更 年 月 日	
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12条関係)

損害賠償受給報告書

年 月 日

平川市長 様

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

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13条関係)

ひとり親家庭等医療費返還通知書

年 月 日

様

平川市長



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

教示

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、書面で、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消し訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第3号 (第4条関係)

様式第4号 (第4条関係)

様式第5号 (第4条関係)

様式第6号 (第7条関係)

様式第7号 (第8条関係)

様式第8号 (第9条関係)

様式第9号 (第9条関係)

様式第10号 (第11条関係)

様式第11号 (第12条関係)

様式第12号 (第13条関係)

様式第13号 (第14条関係)