

東かがわ市乳幼児医療費支給に関する条例

平成15年4月1日条例第92号

(目的)

第1条 この条例は、乳幼児の医療費の一部をその保護者に支給することにより、乳幼児の疾病の早期発見と治療を促進し、もって乳幼児の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「乳幼児」とは、6歳に達した日の属する月の末日までの者をいう。

2 この条例において「保護者」とは、親権を行う者、後見人その他の者で乳幼児を現に監護する者をいう。

3 この条例において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (6) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

4 この条例において「保険給付」とは、医療保険各法に規定する療養の給付並びに入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費及び家族訪問看護療養費の支給をいう。

5 この条例において「一部負担金等」とは、医療保険各法の規定により、保険給付を受ける者が負担すべき額をいう。

(対象者)

第3条 この条例に定める医療費の支給の対象となる者（以下「対象者」という。）は、医療保険各法の規定による被保険者又はその被扶養者であり、かつ、東かがわ市の区域内に住所を有する乳幼児（以下「対象乳幼児」という。）の保護者とする。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている乳幼児については、対象乳幼児とはしない。

(支給)

第4条 市長は、前条に定める対象者が対象乳幼児に係る保険給付につき一部負担金等を支払った場合において、当該支払額（附加給付等があるときは、その額を控除した額）を支給するものとする。

(支給の方法)

第5条 前条の支給は、対象者の申請に基づいて行うものとする。ただし、市と契約した医療機関で診療を受けた対象乳幼児に係る保険給付の一部負担金の支給については、医療機関の請求によって支払うものとする。

2 前項の申請は、対象乳幼児が保険給付を受けた日から起算して、1年以内に行わなければならない。

(支給金の返還)

第6条 市長は、偽りその他不正な行為により第4条に定める支給を受けた者がいるときは、その者から当該支給した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第7条 この条例の施行に関し、必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成15年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の日の前日までに、合併前の引田町乳幼児医療費助成に関する条例（昭和48年引田町条例第6号）、白鳥町乳幼児医療費支給に関する条例（昭和48年白鳥町条例第1号）又は大内町乳幼児医療費支給に関する条例（昭和48年大内町条例第2号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

東かがわ市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則

平成15年4月1日規則第50号

(趣旨)

第1条 この規則は、東かがわ市乳幼児医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第92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。

(受給資格の登録)

第2条 条例第4条の規定により支給を受けようとする者は、様式第1号による乳幼児医療費受給資格登録申請書を市長に提出して、受給資格の登録を受けなければならない。

(受給資格証の交付等)

第3条 市長は、前条の規定により登録した者（以下「受給資格者」という。）に対し、様式第2号の乳幼児医療費受給資格証（以下「受給資格証」という。）を交付するものとする。

2 受給資格証を破損し、又は亡失したときは、様式第3号の乳幼児医療受給資格証再交付申請書を市長に提出し、再交付を受けなければならない。

(受給期間)

第4条 受給期間は、受給資格要件を得た日から満6歳に達した日の属する月の末日までとする。

(受給資格証の提示)

第5条 受給資格者は、その保護する乳幼児について医療を受けるときは、医療機関等に受給資格証を提示するものとする。

(支給の申請等)

第6条 条例第5条に規定する支給の申請は、様式第4号による乳幼児医療費支給申請書によらなければならない。ただし、指定医療機関については、乳幼児医療費支給請求書（様式第5号）により請求しなければならない。

(支給の決定)

第7条 市長は、前条の申請又は請求を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る支給の額を決定し、申請者に通知するものとする。

(届出事項)

第8条 受給資格者は、自己又はその保護する乳児について、住所の変更又は加入保険の変更があったときは、様式第6号による乳幼児医療費受給資格内容等変更届を速やかに市長に提出しなければならない。

(受給資格証の返還)

第9条 受給資格者が、その資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を市長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成15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の前日までに、合併前の引田町乳幼児医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年引田町規則第1号）、白鳥町乳幼児医療費支給に関する条例施行規則（昭和48年白鳥町規則第2号）又は大内町乳幼児医療費支給に関する条例施行規則（昭和56年大内町規則第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。

様式第1号

受	付			年	月	日
決	定			年	月	日
受給資格証番号						
受給資格証発行						
				年	月	日

乳幼児医療費受給資格登録申請書

年 月 日

東かがわ市長 殿

医療費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給資格申請者	フリガナ氏名		性別		生年月日	年	月	日
	住所	東かがわ市 (電話)						
	職業				乳幼児との続柄			
対象乳幼児	フリガナ氏名		性別		生年月日	年	月	日
	住所	東かがわ市						
振込先	振込金融機関・支店名		別種	口座番号		口座名義人(カナ)		
	銀行協金庫・組合		店所	普当				
被保険者	フリガナ氏名				乳幼児との続柄			
	住所							
	保険者名及び番号		被保険者証記号番号		事業所の名称		付加給付	
							有・無	
異動理由	1 出生		保険種の類	日・政・組・船・共・国・国組				
	2 転入			一・退・本・扶・前・継				
	3 その他							

- (注) 1 対象乳幼児についての健康保険証等を申請の際に持参すること。
 2 付加給付が有の場合には、家族療養費付加給付証明書(様式第1-2号)を添付すること。
 3 交付を受けようとする者が、対象乳幼児の父母でないときは、その者が当該乳幼児を現に監護している事を明らかにする民生・児童委員などの証明書(様式第1-3号)を添付すること。

家族療養費付加給付証明書

(勤務先)

殿

(続柄) (氏名)

に係る乳幼児医療費受給資格登録申請書に添付するため下記の事項について証明をお願いします。

年 月 日

住 所 東かがわ市 _____
被保険者又は _____
組 合 員 _____ ㊤

証 明 書	
勤 務 所 名	
同 上 所 在 地	
保 険 者 名	
同 上 所 在 地	
被保険者証記号番号	
家族療養費付加給付の支給基準	
付加給付決定権者	
同 上 所 在 地	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者 _____

代表者 _____ ㊤

どちらか該当する方に○を入れてください。

当組合は、 _____ に対する家族療養費付加給付を

1	行います。
2	行いません。

年 月 日

様

民生・児童委員 住 所
氏 名

㊦

証 明 書

(氏名)

下記の者は、乳幼児_____を現に保護し、その生計を維持していることを証明します。

記

- 1 住 所
- 2 氏 名
- 3 乳幼児との続柄

受給者番号		乳幼児医療費受給資格証	
受	給	住	所
氏	名		
生	年	年	月
日	日	日	日
有	効	年	月
期	間	年	月
交	付	年	月
発	行	東かがわ市長 印	
及	び	東かがわ市役所保健課	
		☎0879-26-1229	
		東かがわ市三本松1172番地	

◎注意事項

- この受給資格証は、乳幼児医療費支給に関する条例により医療費の一部の支給を受けることができる証です。大切に取り扱い扱ってください。
- 診察等を受けるときは、被保険者証（組合員証）と一緒に医療機関等の窓口へ提示してください。
- 次のような場合は、必ず市へ届けてください。
 - 氏名、住所、医療保険などについて変更があったとき。
 - この証をなくしたり、破損したりしたとき。
 - 医療費の支給を受ける資格を失ったとき。
(たとえば市から転出したとき、生活保護を受けるようになったとき等)
- 受給期間が終了した時は、速やかに返還してください。

◎問い合わせ先

東かがわ市役所保健課

☎0879-26-1229

東かがわ市三本松1172番地

年 月 日

東かがわ市長 殿

住 所 東かがわ市

申請者

氏 名

㊦

乳幼児

心身障害 受給資格者証再交付申請書

母子家庭等

次のとおり再交付を受けたいので申請します。

受給資格者番号	
住 所	東かがわ市
氏 名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
理 由	破 損・紛 失・その他 ()

医療費支給申請書

- 心身障害者等
- 乳幼児
- 母子家庭等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

年 月 日

受給者	受給資格 者証番号	
	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 生
申請者 氏名	◎	電話番号

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入して下さい。

区 分		入 院	入 院 外	訪問看護療養費基本利用料支払額	
診療報酬点数		点	点	訪問看護療養費総額	円
区	他法負担点数	点	点	基本利用料	円
	保険者負担点数 (高額医療分を除く。)	点	点	他法等支給額	円
	本人負担額 ①	円	円	本人負担額 (その他利用料は含まない。)	円
	薬剤の一部負担金 ②		円	訪問回数	回
分	入院時食事療養費に係る標準負担額 ③	円			
	本月の入院・通院日数	日	日		
	入院開始年月日	年 月 日	継続	医療機関コード番号 (お手数ですが、御記入をお願いします。)	
証明年月日		年 月 日		医療機関、訪問看護事業所の 所在地及び名称開設者氏名	回

注1 医療に係る本人(一部)負担額を①欄に、薬剤の一部負担金を②欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
 2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印を付けてください。

診療報酬	本人負担額 A	高額医療保険 負担額 B	付加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)	訪問看護 療養費	本人負担額 E	付加給付額 F	支給決定額 G G=E-F
	円	円	円	円		円	円	円

□年□月乳幼児医療費支給請求書

医療費 請求額						円
------------	--	--	--	--	--	---

上記のとおり請求します

名 称

年 月 日

療 養 取 扱
機 関 所 在 地

開 設 者

㊟

東かがわ市長 殿

内 訳 書		医療機関等コード										ページ No	
No	診 察 月	資格証番号	氏 名	生年月日	入外	保 種	険 類	保 険 負 担 割 合	総 点 数	他 法 負 担 点 数	高 額 療 養 費 〔 保 険 者 負 担 額 〕	薬 剤 一 部 負 担 金	請 求 額 本 人 負 担 金
				・ ・	入外	国 社	7・8	点	点	円	円	円	
1				・ ・	入外	国 社	7・8						
2				・ ・	入外	国 社	7・8						
3				・ ・	入外	国 社	7・8						
4				・ ・	入外	国 社	7・8						
5				・ ・	入外	国 社	7・8						
6				・ ・	入外	国 社	7・8						
7				・ ・	入外	国 社	7・8						
8				・ ・	入外	国 社	7・8						
9				・ ・	入外	国 社	7・8						
10				・ ・	入外	国 社	7・8						
11				・ ・	入外	国 社	7・8						
12				・ ・	入外	国 社	7・8						
13				・ ・	入外	国 社	7・8						
14				・ ・	入外	国 社	7・8						
15				・ ・	入外	国 社	7・8						
16	小 計				件								
	合 計				件								

- (注) 1 上段の医療費請求額の訂正はできません。なお、その他の訂正は2本線で抹消して訂正印を押印してください。
- 2 医療機関等コード番号、開設者請求印は1枚ごとに押印してください。
- 3 ページNoは、一連番号(1、2、3、……)を記入してください。

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

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
処 理	年 月 日

医療費受給資格内容等変更届

東かがわ市長殿

次のとおり変更したので届けます。

受給資格証番号		異動年月日		年 月 日	
受給資格者	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	続柄
		東かがわ市	男	大平 年 月 日	
対象乳幼児	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	
		東かがわ市		平成 年 月 日	
被保険者	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	
		東かがわ市		明大平 年 月 日	
保険	保険者名及び番号		被保険者証記号番号	事業所の名称	付加給付の有無
					有 無
口座振込先	振込金融機関			支店名	
	銀行協 農金庫・組合			店 所	
	種別	口座番号		口座名義人(カナ)	
異動理由	普通 当座				
	1 氏名住所等の変更 2 保険変更 3 口座変更 4 喪失(転出・死亡・婚姻・その他)	保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組 一・退・本・扶・前・継		
備考					

太ワケ内及び変更事項を記入してください。

(目的)

第1条 この条例は、母子家庭等について、医療費の一部を支給することにより、母子等の健康の保持及び増進並びにその生活の安定に寄与し、もって母子家庭等の福祉の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「母子等」とは、東かがわ市の区域内に住所を有する者であつて、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

- (1) 配偶者のない女子（母子及び寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）第6条第1項に規定する者をいう。次号において同じ。）で現に児童（20歳に達した日の属する月の末日までの者をいう。以下同じ。）を扶養（民法（明治29年法律第89号）第877条の規定により扶養義務を負っている者の行う扶養をいう。以下同じ。）しているもの
- (2) 配偶者のない女子が現に扶養している児童
- (3) 父母のいない児童（母子及び寡婦福祉法附則第3条に規定する父母のいない児童をいう。）
- (4) 配偶者のない男子（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）と死別した男子であつて、現に婚姻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。次号において同じ。）をしていないもの及びこれに準ずる男子であつて、規則で定めるものをいう。）が現に扶養している児童
- (5) 20歳以上の婚姻をしていない姉が現に児童たる弟妹を扶養している場合の姉等であつて、第1号に掲げる者に準ずるものと市長が認めるもの

(対象者)

第3条 この条例により医療費の支給を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、母子等であつて、規則で定める医療保険各法（以下「医療保険各法」という。）又は老人保健法（昭和57年法律第80号）の規定により医療に関する給付を受けることができるものとする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者については、対象者とし

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者
- (2) 東かがわ市乳幼児医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第92号）第3条に規定する対象乳幼児であつて、同条例に規定する対象者が保護するもの
- (3) 東かがわ市重度心身障害者等医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第95号）第3条に規定する対象者
- (4) 前年の所得（1月から7月までの間に受けた医療に係る医療費の支給については、前前年の所得とする。以下同じ。）が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第20条の規定による政令で定める額を超える者
- (5) 民法第877条第1項に定める扶養義務者で主として母子等の生計を維持するものの前年の所得が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第21条の規定による政令で定める額以上である者

3 前項第4号及び第5号に規定する所得の範囲並びにその額の計算方法は、規則で定める。

(支給資格者証の交付等)

第4条 医療費の支給を受けようとする対象者は、規則で定めるところにより、市長に申請し、支給資格者証の交付を受けなければならない。

2 医療費の支給は、前項の申請に基づき支給資格者証の交付を受けることができる日の属する月（正当な理由により、前項の交付の申請が遅れたときあつては、市長の認める月）以後において受けた医療について行うものとする。

(医療費の支給)

第5条 市長は、支給資格者（対象者であつて前条第1項に規定する支給資格者証の交付を受けたものをいう。以下同じ。）に対し、その支給資格者の疾病又は負傷について、医療保険各法、老人保健法又はその他の法令の規定により医療に関する給付を受けた場合における当該医療に要した費用の額のうち、これらの法令の規定によって支給資格者又は支給資格者に係る世帯主若しくは被保険者若しくは組合員が負担した額（医療保険各法の規定に基づき保険者（医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府、健康保険組合、市町、国民健康保険組合及び共済組合をいう。）の規約、定款、運営規則等により医療保険各法に規定する保険給付に併せて当該保険給付に準ずる給付を受けることができる場合における当該給付を受けることができる額を除く。）を母子家庭等医療費として支給する。

2 前項の医療に要した費用の額は、健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第2項の規定による厚生労働大臣の定めの場合によって算定した額（医療保険各法、老人保健法又はその他の法令の規定に基づきこれと異なる基準によることとされている場合にあつては、その基準によって算定した額）並びに医療保険各法及び老人保健法に規定する食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣の定める基準により算定した費用の額及び指定訪問看護又は指定老人訪問看護に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣の定める基準により算定した費用の額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることはできない。

(支給の申請)

第6条 支給資格者が前条第1項に規定する母子家庭等医療費の支給を受けようとするときは、規則で定めるところにより、市長に申請をしなければならない。

2 前項の申請は、医療を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内になければならない。

(損害賠償の返還)

第7条 市長は、支給資格者又はその扶養義務者が当該支給資格者に係る疾病又は負傷に関して損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、母子家庭等の医療費の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した母子家庭等医療費の額に相当する金額の全部若しくは一部を返還させることができる。

(不正利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により母子家庭等医療費の支給を受けた者があつたときは、その者から、その支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させる

ことができる。

(委任)

第9条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成15年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の日の前日までに、合併前の引田町母子家庭等医療費支給に関する条例(昭和50年引田町条例第17号)、白鳥町母子家庭等医療費支給に関する条例(昭和51年白鳥町条例第2号)又は大内町母子家庭等医療費支給に関する条例(昭和51年大内町条例第18号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

東かがわ市母子家庭等医療費支給に関する条例施行規則

平成15年4月1日規則第55号

(趣旨)

第1条 この規則は、東かがわ市母子家庭等医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第93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。

(条例第2条第4号の規則で定める男子)

第2条 条例第2条第4号の規則で定める男子は、次のとおりとする。

- (1) 離婚した男子であって現に婚姻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。以下同じ。）をしていないもの
- (2) 配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）の生死が明らかでない男子
- (3) 配偶者から遺棄されている男子
- (4) 配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができない男子
- (5) 配偶者が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている男子
- (6) 配偶者が法令により長期にわたって拘禁されているためその扶養を受けることができない男子
- (7) 婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻していないもの

(医療保険各法)

第3条 条例第3条第1項の規則で定める医療保険各法は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(所得制限の基準となる所得の範囲及びその額の計算方法)

第4条 条例第3条第3項に規定する所得の範囲及びその額の計算方法は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第23条に規定する障害児福祉手当の例による。この場合において、母子等の本人についても、地方税法（昭和25年法律第226号）第34条第1項第6号に規定する控除を認めるものとする。

(認定手続等)

第5条 条例第4条第1項の規定により、受給資格の認定を受けようとする者は、受給資格認定請求書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。この場合において、市長は、必要とする書類等の提出又は提示を求めることができる。

2 市長は、前項の認定をしたときは、受給資格者証（様式第2号）を交付するものとする。

(受給資格者証の更新)

第6条 受給資格者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、受給資格者証の更新を受けなければならない。この場合において、市長は、必要とする書類等の提出又は提示を求めることができる。

(医療費の支給申請手続等)

第7条 条例第6条第1項に規定する母子家庭等医療費の支給を申請しようとする受給資格者は、母子家庭等医療費支給申請書（様式第3号）を市長に提出するものとする。この場合において、受給資格者は、受給資格者証を市長に提示しなければならない。

2 受給資格者は、前項の場合において、医療保険各法の規定による高額療養費又は老人保健法の規定による高額医療費の支給を受けることができるときは、その旨を市長に申し出なければならない。

3 市長は、第1項の医療費支給申請書の提出があったときは、その内容を審査し、当該申請に係る支給の額を決定の上、母子家庭等医療費を支給するものとする。

(変更届)

第8条 受給資格者は、受給資格者証の記載内容に変更があったときは、速やかに、受給資格者証を添えて市長に届け出なければならない。

(受給資格者証の返還)

第9条 受給資格者は、受給資格を喪失したときは、速やかに、受給資格者証を市長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成15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の前日までに、合併前の引田町母子家庭等医療費支給に関する条例施行規則（昭和50年引田町規則第9号）、白鳥町母子家庭等医療費支給に関する条例施行規則（昭和51年白鳥町規則第2号）又は大内町母子家庭等医療費支給に関する条例施行規則（昭和51年大内町規則第7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。

様式第1号

㊦ 受給資格認定請求書

※受給資格者証記号番号		※老人保健受給者番号	
-------------	--	------------	--

受給資格者	フリガナ		住所	(電話)	
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
扶養義務者	氏名		住所		
	受給者との統柄				
振込先	振込金融機関・支店名		種別	口座番号	口座名義人(カナ)
	()				

母子家庭等医療費の受給資格について認定を請求します。

年 月 日

東かがわ市長 殿

請求者氏名 ㊦
(受給資格者又は保護者)

		本人	扶養義務者	備考		
※所得の確認		扶養人数 人	扶養人数 人			
		円	円			
※加入保険の確認	被保険者	氏名		住所		
		本人との統柄				
	保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組・一・退・本・扶・前・継	被保険者証の記号番号		事業所の名称	
		保険者番号及び	付加給付の有無及び内容	有・無		
※支給要件の該当・非該当			備考	(遡及支給 月)		
※有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
※受付年月日		年 月 日	決 裁 欄			
※決裁年月日		年 月 日				
※交付年月日		年 月 日				

※欄は、市において記入します。

表面

母子		母子家庭等医療費受給資格者証					
受 番	給 者 号						
受 給 者	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日	年	月	日			
有 効 期 間		年	月	日	から		
交 付 年 月 日		年	月	日			
発 行 機 関 及 び 印		東かがわ市長 印					

裏面

この証は、医療機関等において診察等を受け、その費用として支払った金額のうち所定の自己負担分を市が支給するためのものです。大切に取扱ってください。

- 1 医療機関等で医療費支給申請書に証明を受けるとき及び市へ医療費の支給申請をするときは、この証を提示してください。
- 2 あなたの氏名、住所、医療保険などについて変更があったときは、市へ届け出てください。
- 3 医療費の支給を受ける資格を失ったときは、この証を市の窓口へ返してください。
- 4 毎年7月1日から7月31日までの間にこの証と被保険者証を市の窓口へ持参し、受給資格更新の手続をとってください。

問い合わせ先

東かがわ市役所保健課

電話 (0879) 26-1229

東かがわ市三本松1172番地

医療費支給申請書

- 心身障害者等
- 乳幼児
- 母子家庭等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

年 月 日

受給者	受給資格番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
申請者名	◎	電話番号

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入して下さい。

区分		入院		入院外		訪問看護療養費基本利用料支払額	
診療報酬点数	点				点	訪問看護療養費総額	円
区分	他法負担点数	点			点	基本利用料	円
	保険者負担点数 (高額医療分を除く。)	点			点	他法等支給額	円
	本人負担額 ①	円			円	本人負担額 (その他利用料は含まない。)	円
	薬剤の一部負担金 ②	円			円	訪問回数	回
	入院時食事療養費に係る標準負担額 ③	円			円		
本月の入院・通院日数	日			日			
入院開始年月日	年 月 日	継続		医療機関コード番号	医療機関、訪問看護事業所の所在地及び名称開設者氏名		

証明年月日 年 月 日

(お手数ですが、御記入をお願いします。)

注1 医療に係る本人(一部)負担額を①欄に、薬剤の一部負担金を②欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
 注2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印を付けてください。

診療報酬	本人負担額 A	高額医療保険負担額 B	付加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)	訪問看護療養費	本人負担額 E	付加給付額 F	支給決定額 G G=E-F
	円	円	円	円		円	円	円

東かがわ市重度心身障害者等医療費支給に関する条例

平成15年4月1日条例第95号

(目的)

第1条 この条例は、重度心身障害者等について、医療費の一部を支給することにより、その健康の保持及び増進並びにその生活の安定に寄与し、もって重度心身障害者等の福祉の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「重度心身障害者等」とは、東かがわ市の区域内に住所を有する者であつて、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の規定により交付を受けた身体障害者手帳に障害の程度が1級、2級、3級又は4級として記載されている者

(2) 香川県療育手帳制度要綱により交付を受けた療育手帳に障害の程度が A 、 A 、

B 又は B として記載されている者

(3) 戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）第4条第1項第1号の規定に基づき、戦傷病者手帳の交付を受けた満60歳以上の者及び戦傷病者手帳に障害の程度が項症と記載されている者

(対象者)

第3条 この条例により医療費の支給を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、重度心身障害者等であつて、規則で定める医療保険各法（以下「医療保険各法」という。）又は老人保健法（昭和57年法律第80号）の規定により医療に関する給付を受けることができるものとする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者については、対象者としてしない。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者

(2) 東かがわ市乳幼児医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第92号）第3条に規定する対象乳幼児であつて、同条例に規定する助成対象者が保護する者

(3) 前条第1号に規定する障害の程度が4級と記載されている者又は同条第2号に規定する障害の程度が B と記載されている者（以下「身体障害者手帳4級該当者等」という。）であつて、東かがわ市母子家庭等医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第93号）の規定による医療費の支給を受けることができる者

(支給資格者証の交付等)

第4条 医療費の支給を受けようとする対象者は、規則で定めるところにより、市長に申請し、支給資格者証の交付を受けなければならない。

2 医療費の支給は、前項の申請に基づき支給資格者証の交付を受けることができる日の属する月（正当な理由により、前項の交付の申請が遅れたときあつては、市長の認める月）以後において受けた医療について行うものとする。

(医療費の支給)

第5条 市長は、支給資格者（対象者であつて前条第1項に規定する支給資格者証の交付を受けたものをいう。以下同じ。）に対し、その支給資格者の疾病又は負傷について、医療保険各法、老人保健法又はその他の法令の規定により医療に関する給付を受けた場合における当該医療に要した額のうち、これらの法令の規定によって支給資格者又は支給資格者に係る世帯主若しくは被保険者若しくは組合員が負担した額（医療保険各法の規定に基づき保険者（医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府、健康保険組合、市町、国民健康保険組合及び共済組合をいう。）の規約、定款、運営規則等により医療保険各法に規定する保険給付に併せて当該保険給付に準ずる給付を受けることができる場合における当該給付を受けることができる額を除く。）を重度心身障害者等医療費として支給する。

2 前項の医療に要した費用の額は、健康保険法（大正11年法律第70号）第43条の9第2項の規定による厚生労働大臣の定める例によって算定した額（医療保険各法、老人保健法又はその他の法令の規定に基づき、これと異なる基準によることとされている場合にあっては、その基準によって算定した額）並びに医療保険各法及び老人保健法に規定する食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣の定める基準により算定した費用の額及び指定訪問看護又は指定老人訪問看護に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣の定める基準により算定した費用の額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることはできない。

(支給の申請)

第6条 支給資格者が前条第1項に規定する重度心身障害者等医療費の支給を受けようとするときは、規則で定めるところにより、市長に申請をしなければならない。

2 前項の申請は、医療を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して1年以内にななければならない。

(認定手続等の特例)

第7条 支給資格者の規則で定める介護者は、市長が当該支給資格者について特別の事情があると認めるときは、当該支給資格者に代わつて第4条第1項若しくは前条第1項の申請をし、又は重度心身障害者等医療費の支給を受けることができる。

(損害賠償の返還)

第8条 市長は、支給資格者又はその配偶者若しくはその扶養義務者が当該受給者に係る疾病又は負傷に関して損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、重度心身障害者等医療費の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した重度心身障害者等医療費の額に相当する金額の全部若しくは一部を返還させることができる。

(不正利得の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により重度心身障害者等医療費の支給を受けた者があるときは、その者から、その支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第10条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成15年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この条例の施行の日の前日までに、合併前の引田町重度心身障害者等医療費支給に関する条例（昭和49年引田町条例第17号）、白鳥町重度心身障害者等医療費支給に関する条例（昭和49年白鳥町条例第1号）又は大内町重度心身障害者等医療費支給に関する条例（昭和49年大内町条例第10号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

東かがわ市重度心身障害者等医療費支給に関する条例施行規則

平成15年4月1日規則第65号

(趣旨)

第1条 この規則は、東かがわ市重度心身障害者等医療費支給に関する条例（平成15年東かがわ市条例第95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。

(医療保険各法)

第2条 条例第3条第1項の規則で定める医療保険各法は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(認定手続等)

第3条 条例第4条第1項の規定により、受給資格の認定を受けようとする者は、受給資格認定請求書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。この場合において、市長は、必要とする書類等の提出又は提示を求めることができる。

2 市長は、前項の認定をしたときは、受給資格者証（様式第2号）を交付するものとする。

(受給資格者証の更新)

第4条 受給資格者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、受給資格者証の更新を受けなければならない。この場合において、市長は、必要とする書類等の提出又は提示を求めることができる。

(医療費の申請手続等)

第5条 条例第6条第1項に規定する重度心身障害者等医療費支給を申請しようとする受給資格者は、心身障害者等医療費支給申請書（様式第3号）を市長に提出するものとする。この場合において、受給資格者は、受給資格者証を市長に提示しなければならない。

2 受給資格者は、前項の場合において、医療保険各法の規定による高額療養費又は老人保健法の規定による高額医療費の支給を受けることができるときは、その旨を市長に申し出なければならない。

3 市長は、第1項の医療費支給申請書の提出があったときは、その内容を審査し、当該申請に係る支給の額を決定の上、重度心身障害者等医療費を支給するものとする。

(介護者)

第6条 条例第7条に規定する介護者とは、重度心身障害者等の配偶者、扶養義務者又はその他の者であって、重度心身障害者等と同居し、主としてその者を介護するものをいう。

(変更届)

第7条 受給資格者は、受給資格者証の記載内容について変更があったときは、速やかに、市長に届け出なければならない。

(受給資格者証の返還)

第8条 受給資格者が受給資格を喪失したときは、受給資格者又は介護者は、速やかに、市長に受給資格者証を返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成15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の前日までに、合併前の引田町重度心身障害者等医療費支給に関する条例施行規則（昭和49年引田町規則第11号）、白鳥町重度心身障害者等医療費支給に関する条例施行規則（昭和49年白鳥町規則第3号）又は大内町重度心身障害者等医療費支給に関する条例施行規則（昭和49年大内町規則第1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。

様式第1号

㊦ 受給資格認定請求書

※受給資格者証記号番号		※老人保健受給者番号	
-------------	--	------------	--

受給資格者	フリガナ		住 所 (電話)		
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
配偶者	氏 名		住 所		
扶養義務者	氏 名		住 所		
	受給者との 続柄				
振込先	振込金融機関・支店名		種 別	口座番号	口座名義人(カナ)
	(ー)				

重度心身障害者等医療費の受給資格について認定を請求します。

年 月 日

東かがわ市長 殿

請求者氏名 ㊦
(受給資格者又は扶養義務者)

※ 障害の確認	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	身障 手帳 1級	身障 手帳 2級	身障 手帳 3級	療育 手帳 ㊦	療育 手帳 A	療育 手帳 ㊦	戦傷 手帳	市単 身障手帳 4級	市単 療育手帳 B	市単 所得制限 級
※ 所得の確認	本 人		配 偶 者		扶 養 義 務 者		備 考			
	扶養人数 人		扶養人数 人		扶養人数 人					
	円		円		円					
※ 加入 保険の 確認	被保険者	氏 名				住 所				
		本人との 続柄								
	保険の種類	日・政・組・船・共・国・ 国組・一・退・本・扶・ 前・継			被保険者証 の記号番号					
	保険者名 及び番号				事業所の名称					
※ 支給要件の 該当・非該当				備 考	(適及支給 月)					
※ 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
※ 受付年月日	年 月 日			決 裁 欄						
※ 決裁年月日	年 月 日									
※ 交付年月日	年 月 日									

※欄は、市において記入します。

(表面)

[重] 重度心身障害者等医療費受給資格者証					
受給者番号					
受給者	住所				
	氏名				
生年月日	年	月	日		
有効期間	年	月	日	年	月
交付年月日	年	月	日		
発行機及び	東かがわ市長 印				

(裏面)

この証は、医療機関等において診察等を受け、その費用として支払った金額のうち所定の自己負担分を市が支給するためのものです。大切に取り扱い扱ってください。

- 1 医療機関等で医療費支給申請書に証明を受けるとき及び市へ医療費の支給申請をするときは、この証を提示してください。
- 2 あなたの氏名、住所、医療保険などについて変更があったときは、市へ届け出てください。
- 3 医療費の支給を受ける資格を失ったときは、この証を市の窓口へ返してください。
- 4 毎年7月1日から7月31日までの間にこの証と被保険者証を市の窓口へ持参し、受給資格更新の手続きをとってください。

問い合わせ先
東かがわ市役所保健課
電話 (0879) 26-1229
東かがわ市三本松1172番地

医療費支給申請書

母子家庭等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

平成 年 月 日

受給者	受給資格者証番号			
	住所	東かがわ市		
	氏名			
	生年月日	明大 昭平	年	月
申請者氏名	(印)		電話番号	

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入してください。

診療報酬等による一部負担額		保険の種類			
(平成 年 月分)		日・政・組・船・共・国・国組 一・退・本・扶・前・継			
区 分		入 院		入 院 外	
診療報酬点数			点		点
他法負担点数			点		点
保険者負担点数 (高額医療分を除く)			点		点
一部負担額 (本人負担額) ① (注1)			円		円
入院時食事療養費に係る標準負担額 ②			円	/	
薬剤一部負担額 ③		/			円
本月の入院継続日数			日	/	
入院開始年月日 (注2)		平成 年 月 日	・継続	/	

証明年月日 平成 年 月 日

医療機関コード

医療機関等の所在地及び名称開設者氏名 (印)

- 注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
- 2 入院開始年月日欄には、入院開始年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

診療報酬	本人負担額 A ①+②+③	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D = A - (B + C)
	円	円	円	円

医療費支給申請書

心身障害者等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

平成 年 月 日

受給者	受給資格者証番号			
	住所	東かがわ市		
	氏名			
	生年月日	明大平	年	月 日生
申請者氏名		印	電話番号	

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入してください。

診療報酬等による一部負担額 (平成 年 月分)		保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組									
			一・退・本・扶・前・継									
区 分		入 院					入 院 外					
診療報酬点数						点					点	
区 分	他法負担点数					点					点	
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)					点					点	
	一部負担額 (本人負担額) ① (注1)	円					円					
	入院時食事療養費に係る標準負担額 ②	円										
	薬剤一部負担額 ③	円										
	本月の入院継続日数	日										
入院開始年月日 (注2)	平成 年 月 日・継続											
証明年月日 平成 年 月 日		医療機関コード										
		医療機関等の所在地及び名称開設者氏名										
		印										

- 注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
- 2 入院開始年月日欄には、入院開始年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

診療	本人負担額 A ①+②+③	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D = A - (B + C)
報酬	円	円	円	円

医療費支給申請書

心身障害者等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

平成 年 月 日

受給者	受給資格者証番号			
	住所	東かがわ市		
	氏名			
	生年月日	明大昭平	年	月 日 生
申請者氏名		印	電話番号	

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入してください。

診療報酬等による一部負担額										保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組					
(平成 年 月分)											一・退・本・扶・前・継					
区 分					入 院					入 院 外						
診療報酬点数										点						点
区	他法負担点数									点						点
	保険者負担点数(高額医療分を除く)									点						点
	一部負担額(本人負担額) ①(注1)				円					円						
入院時食事療養費に係る標準負担額 ②				円					/							
薬剤一部負担額 ③				円												
分	本月の入院継続日数				日					/						
	入院開始年月日 (注2)				平成 年 月 日・継続											
証明年月日 平成 年 月 日										医療機関コード						
										医療機関等の所在地及び名称開設者氏名						
										印						

- 注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
- 2 入院開始年月日欄には、入院開始年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

診療	本人負担額 A ①+②+③	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D = A - (B + C)
報酬	円	円	円	円

医療費支給申請書

心身障害者等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

平成 年 月 日

受給者	受給資格者証番号			
	住所	東かがわ市		
	氏名			
	生年月日	明大昭平	年	月
申請者氏名		⑩	電話番号	

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入してください。

診療報酬等による一部負担額 (平成 年 月分)		保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組				
			一・退・本・扶・前・継				
区分		入院		入院外			
診療報酬点数							点
他法負担点数							点
区 保険者負担点数 (高額医療分を除く)							点
一部負担額 (本人負担額) ① (注1)						円	円
入院時食事療養費に係る標準負担額 ②						円	
薬剤一部負担額 ③							円
分 本月の入院継続日数							日
入院開始年月日 (注2)		平成	年	月	日・継続		
証明年月日		平成	年	月	日		
		医療機関コード					
		医療機関等の所在地及び名称開設者氏名		⑩			

注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入してください。

2 入院開始年月日欄には、入院開始年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

診療	本人負担額 A ①+②+③	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D = A - (B + C)
報酬	円	円	円	円

医療費支給申請書

心身障害者等

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

東かがわ市長 殿

平成 年 月 日

受給者	受給資格者証番号								
	住所	東かがわ市							
	氏名								
	生年月日	明大 昭平	年	月	日	生			
申請者氏名			印	電話番号					

(医療機関等記入欄) 診療年月及び保険の種類を必ず記入してください。

診療報酬等による一部負担額		保険の種類	日・政・組・船・共・国・国組												
(平成 年 月分)			一・退・本・扶・前・継												
区 分		入 院				入 院 外									
診療報酬点数										点					点
区	他法負担点数									点					点
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)									点					点
分	一部負担額 (本人負担額) ① (注1)					円					円				
	入院時食事療養費に係る標準負担額 ②					円									
	薬剤一部負担額 ③										円				
	本月の入院継続日数					日									
	入院開始年月日 (注2)	平成	年	月	日	・継続									
	証明年月日 平成 年 月 日						医療機関コード								
						医療機関等の所在地及び名称開設者氏名				印					

- 注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入してください。
- 2 入院開始年月日欄には、入院開始年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

診療報酬	本人負担額 A ①+②+③	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D = A - (B + C)
	円	円	円	円

【重度心身障害者等医療費支給申請書の種類】

	手帳の種類等	保健	申請書の色
① (県)	身障 1, 2, 3級 療育 ㉠, A, ㉢ 戦傷 特別項症～第4項症かつ 身障4級	老保	水色
② (市)	身障 4級 療育 B 戦傷 上記に当てはまらない方 ①であっても所得制限を超える方		藤色
③ (県)	身障 1, 2, 3級 療育 ㉠, A, ㉢ 戦傷 特別項症～第4項症かつ 身障4級	老保外	クリーム色
④ (市)	身障 4級 療育 B 戦傷 上記に当てはまらない方 ③であっても所得制限を超える方		うぐいす色

年 月 乳幼児医療費支給請求書

医療費 請求額						円
------------	--	--	--	--	--	---

上記のとおり請求します。

名 称

年 月 日

療養取扱
機関所在地

東かがわ市長 殿

開 設 者



医療機関等コード						ページ No.

内 訳 書

No.	診療月	資格証番号	氏 名	生年月日	入外	保 険 種 類	保 険 負 担 割 合	総点数	他法 負 担 点 数	高額療養費 (保険者負担額)	薬剤一部 負 担 金	請求額本 人負担金
				・ ・	入外	国 社	7・8	点	点	円	円	円
1				・ ・	入外	国 社	7・8					
2				・ ・	入外	国 社	7・8					
3				・ ・	入外	国 社	7・8					
4				・ ・	入外	国 社	7・8					
5				・ ・	入外	国 社	7・8					
6				・ ・	入外	国 社	7・8					
7				・ ・	入外	国 社	7・8					
8				・ ・	入外	国 社	7・8					
9				・ ・	入外	国 社	7・8					
10				・ ・	入外	国 社	7・8					
11				・ ・	入外	国 社	7・8					
12				・ ・	入外	国 社	7・8					
13				・ ・	入外	国 社	7・8					
14				・ ・	入外	国 社	7・8					
15				・ ・	入外	国 社	7・8					
16	小 計				件							
	合 計				件							

- (注) 1 上段の医療費請求額の訂正はできません。なお、その他の訂正は2本線で抹消して訂正印を押印してください。
 2 医療機関等コード番号、開設者請求印は1枚ごとに押印してください。
 3 ページNoは、一連番号(1、2、3、……)を記入してください。