

○西原村ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則

平成13年7月1日

規則第4号

改正 平成21年3月31日規則第14号

平成21年3月31日規則第19号

平成27年12月28日規則第13号

(趣旨)

第1条 この規則は、西原村ひとり親家庭等医療費助成に関する条例(昭和60年条例第6号。以下「条例」という。)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、受給資格認定(更新)申請書(様式第1号)及び別紙を提示しなければならない。

(受給資格証の交付等)

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 村長は、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 村長は、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きは、毎年8月1日から9月20日までに行わなければならない。

5 受給資格証の有効期限が満了したとき又は受給資格証に記載された受給資格者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村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、受給資格証を破損又は亡失したときは、村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10条第1項に規定する申請は、月1回ひとり親家庭等医療費助成申請書(様式第6号)により行うものとする。

2 前項の申請は、当該月分を翌月15日までに行わなければならない。

(給付の決定等)

第6条 条例第11条の決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7号)により、給付不相当と認めたときは、ひとり親家庭等医療費助成申請却下通知書(様式第8号)により、申請者に通知するものとする。

(届出の義務)

第7条 条例第12条に規定する届出事項は、次の各号に掲げる事項とする。

(1) 受給資格者又は保護者等の住所、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) 附加給付金の内容

(6) 受給資格の該当要件

(7) その他必要な事項

2 前項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9号)により行わなければならない。

3 条例第12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10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13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金返還通知書(様式第11号)により行うものとする。

(雑則)

第9条 この規則の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成21年規則第14号)

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則(平成21年規則第19号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成27年規則第13号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

年 月 日

西原村長 様

住 所

氏 名

印

下記のとおり交付を申請します。

この申請につき、村長が私または私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。

氏 名	続柄	生 年 月 日	同居・別居	個人番号(受給者及び扶養義務者)

加 入 医 療 保 険 名

社会保険者氏名		保険証記号番号	
社会保険者名	政、組、国、船、共	名称所在地	
交付年月日		附加給付の状況	
所得額		児童扶養手当、母子 福祉年金記号番号	

※ 決 定 欄	該 当 要 否	1 該当	ア 死 亡	イ 離 婚	ウ 遺 棄	エ 生 死 不 明	オ 障 害	カ 拘 禁	キ 未 婚 の 母	ク その 他	2 非該当
	非該当理由	ア 結婚(再) イ 所得制限 ウ 児童の年齢超過 エ 配偶者がいるようになった オ その他()									

注 ※の欄は、記入しないで下さい。

様式第2号(第3条関係)

西原村ひとり親家庭等医療費受給資格証					
番号	受給者	氏名		備考	
		住所			
受給資格者	氏名	続柄	生年月日	備考	
有効期限		年 月 日～	年 月 日	確認印	
		年 月 日～	年 月 日	確認印	
		年 月 日～	年 月 日	確認印	
		年 月 日～	年 月 日	確認印	
村長名及び印	阿蘇郡西原村長 印				
交付年月日	年 月 日				

- 注意事項
- (1) この証は、保険医療機関で診療を受けるときに、被保険者証と一緒に窓口に掲示してください。
 - (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市町村役場に届けてください。
 - (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市町村役場に届けてください。
 - (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、また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、費用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

資格証番号				申請書受理年月日				資格証交付(更新)再交付年月日	受領印
(ふりがな) 受給者	男 女		住 所	電 話 ()					
受給資格者	氏 名	続柄	住 所	性 別	同居別居	備 考			
加入医療保険	被保険者氏名	記号番号	社会保険名	名称・所在地	付加給付	口座振替金融機関等			
						金融機関の名称	預金の種類	口座番号	口座名義
受給資格者以外の世帯員氏名	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄	備 考				

様式第4号(第3条関係)

第 号

年 月 日

様

西原村長

印

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助成に関する条例施行規則による支給資格証交付申請については、下記理由により却下しましたので通知します。

記

却下した理由

以上

様式第5号(第4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	
西原村長	様
申請者 住 所 氏 名 印	
受給資格証書番号	
再交付を受ける理由(具体的に)	
ア 破損	
イ 亡失	
ウ その他	

(注) 破損(汚損)した場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。

様式第6号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書										
西原村長 様					年 月 日					
住所 申請者 氏名 印 個人番号()										
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。										
患者名			病名			診療月 年 月分				
医療 機 関	入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
	通院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
						薬剤一部負担金	円			
	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 印									
調 剤 薬 局	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
						薬剤一部負担金	円			
	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 印						処方医療機関名			
市 町 村 記 入 欄	決裁					課長	課長補佐	係長	係	
	助成決定額									
	支給額									
医療費総額 ①		一部負担金額 ②		高額医療費額 ③		付加給付額 ④		助成額(②-③+④)*2/3		
円		円		円		円		円		

様式第7号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

西原村長 印

ひとり親家庭等医療費助成金決定通知書

さきに申請された、 年 月診療分に係るひとり親家庭等医療費の助成について、
下記のとおり支給決定したので通知します。

記

1 支給決定

- (1) 支給決定額 円
- (2) 支払期日 月 日から毎週 曜日・ 曜日
- (3) 支払時間 午前 時から午後 時まで
- (4) 支払場所 西原村役場会計課
- (5) 持参するもの この通知書と印鑑

様式第8号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

西原村長

印

ひとり親家庭等医療費助成申請却下通知書

さきに申請された、 年 月診療分に係るひとり親家庭等医療費の助成について、
下記のとおり申請却下したので通知します。

記

却下理由

様式第9号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届 年 月 日 西原村長 様	
届出人 住 所 (世帯主) 氏 名 印 個人番号()	
受給資格証番号	
変更事項名	変 更 前
1 氏名 2 住所 3 加入医療保険 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容 4 受給資格の該当要件 5 受給資格者のうち一部の者に係る資格喪失 6 その他	変 更 後
変 更 年 月 日	年 月 日

(注) この届には、受給資格証、被保険者証等を持参すること。

様式第10号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届	
年 月 日	
西原村長	様
届出人 住所 氏 名	
印	
受給資格証番号	
資格喪失理由	1 他市町村に転出 2 母子父子家庭でなくなった 3 死亡 4 被保険者でなくなった 5 その他()
資格喪失年月日	年 月 日

(注) この届は、受給資格者のすべての者の資格がなくなったときに受給資格証を添えて提出してください。

様式第11号(第8条関係)

第 年 月 日 号

様

西原村長

印

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、下記のとおり返還してください。

記

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

別紙

ひとり親家庭等家庭であることの申立書及び証明書					
<p>私は、西原村ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例第2条第1項に定めるひとり親家庭等の母(父)である旨下記のとおり申立てます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 印</p>					
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 該当欄を○で 囲んでくださ い	<ol style="list-style-type: none"> 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 年 月 日以降 (扶養不可能な場合) 6 配偶者が障害 長時間労働能力欠如 7 配偶者が長期拘禁 8 婚姻によらない母 				
監護している 18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
<p>上記申立てのとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">地区児童(民生)委員 氏名 印</p> <p>西原村長 様</p>					

様式第1号(第2条関係)

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6条関係)

様式第8号(第6条関係)

様式第9号(第7条関係)

様式第10号(第7条関係)

様式第11号(第8条関係)

別紙