

改正

平成21年2月20日規則第5号

平成23年3月28日規則第8号

平成28年3月30日規則第20号

平成30年9月18日規則第21号

令和2年1月31日規則第4号

令和4年3月31日規則第15号の2

垂水市ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、垂水市ひとり親家庭医療費助成に関する条例（平成15年条例第2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。

(用語)

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。

(受給資格者証の交付等)

第3条 条例第4条第1項の規定による申請は、ひとり親家庭医療費受給資格者証交付（更新）申請書（別記第1号様式。以下「受給資格者証交付（更新）申請書」という。）により行わなければならない。

2 市長は、前項の受給資格者証交付（更新）申請書の提出を受けたときは、適否について審査を行い、適当と認めた者については、ひとり親家庭医療費受給資格者証交付台帳（別記第2号様式）に記載し、垂水市ひとり親家庭医療費受給資格者証（別記第3号様式。以下「受給資格者証」という。）を交付し、不適当と認めた者については、ひとり親家庭医療費受給資格者証交付（更新）申請却下決定通知書（別記第4号様式）によりその旨通知するものとする。ただし、交付台帳に記載すべき事項を電算処理（垂水市電子計算組織の管理運営に関する規則（平成5年規則第2号）第2条第6号に定めるものをいう。）し、これを適正に管理及び利用することによって、事務を支障なく行い得る場合は、交付台帳の作成を省略することができる。

3 条例第4条第3項の規定する受給資格者証の更新は、受給資格者証、その他必要な書類を提出させ、毎年8月1日から同月31日の間に行わなければならない。

(変更)

第4条 条例第5条に規定する規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者及び助成対象者等の住所・氏名
- (2) 被保険者氏名
- (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) 助成対象者のうち一部の者に係る資格喪失
- (8) 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、ひとり親家庭医療費受給資格変更届（別記第5号様式）により行わなければならない。

（受給資格者証の返還）

第5条 条例第5条に規定する受給資格を失ったときは、ひとり親家庭医療費受給資格喪失届（別記第6号様式）に受給資格者証を添えて届け出なければならない。

（再交付）

第6条 受給資格者は、受給資格者証を破損し、又は亡失したときは市長に対し、ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書（別記第7号様式）により再交付の申請を行わなければならない。

（支給の申請方法）

第7条 条例第8条の規定に基づくひとり親家庭医療費助成申請（請求）は、毎月ひとり親家庭医療費助成申請書（別記第8号様式）を保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に提出し、診療（調剤）報酬欄の記載を受けたうえ受給資格者証を添えて、市長に対し行うものとする。ただし、当該保険医療機関等の領収書の発行を受けた場合は、これをもってかえることができる。

（支給の決定等）

第8条 市長は、条例第9条の規定に基づく支給の適否について審査を行い、助成金を支給することを決定したときは、ひとり親家庭医療費助成金支給決定通知書（別記第10号様式）により、申請者に通知するものとする。また、不相当と認めたものについては、ひとり親家庭医療費助成金却下通知書（別記第11号様式）により、その旨を申請者に通知するものとする。ただし、金融機関の口座への振り込みによる支給については、当該振り込みをもって通知を行ったものとみなす。

（助成金の返還）

第9条 条例第10条の規定による助成金の返還通知は、ひとり親家庭医療費助成金返還通知書（別記第12号様式）により行うものとする。

（その他）

第10条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

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。

（垂水市母子家庭等医療費助成金支給条例施行規則の廃止）

2 垂水市母子家庭等医療費助成金支給条例施行規則（昭和54年規則第6号）は、廃止する。

（経過措置）

3 この規則の施行の際現に廃止前の垂水市母子家庭等医療費助成金支給条例施行規則に規定する様式により作成されている用紙は、当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則（平成21年2月20日規則第5号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年3月28日規則第8号）

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月30日規則第20号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年9月18日規則第21号）

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則（令和2年1月31日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年3月31日規則第15号の2）

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

別記

第1号様式（第3条関係）

ひとり親家庭医療費助成受給資格者証交付(更新)申請書

① 申請者	フリガナ	男・女		生年月日	年 月 日		⑥ 保加入 医療 情報	保 険 の 種 類	1 国保 2 政管 3 組合 4 共済 5 船員						
	氏 名							被保険者(世帯主・組合員)の氏名	申請者との続柄						
	個人番号							被保険者証記号番号	保 険 者 名						
	住 所	〒 電話						保 険 者 所 在 地	電話						
	職 業	勤務先						附 加 給 付 の 有 無							
	勤 務 先 在 地	電話						年 分 所 得	⑦ 申請者	⑧ 配偶者	⑨ 扶養義務者				
	生活保護の受給状況	受給(年月日から) 非受給		児童扶養手当の受給状況		受給(年月日から) 非受給		氏 名							
	② ひとり親家庭となった事由	ア離婚イ(父,母)死亡ウ(父,母)障害エ(父,母)生死不明オ(父,母)遺棄カ(父,母)拘禁キ未婚の女子クキかどうか不明ケ父母死亡コその他()						10 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人	人	人		
	③ 家族の状況	フリガナ氏名	個人番号	続柄	性別	同居・別居の別		※対象・非対象の別	備考	11 10歳以上19歳未満の控除対象扶養者の数	人	人	人	人	人
	④ 児童に障害	氏 名	障害名	※ 障 害 確 認 の 内 容				※ 公 簿 確 認	上記のとおり、ひとり親家庭医療費 受給者証の交付を申請します。支給事業の現況を提出します。						

〔記入上の注意〕

注 記名に代えて署名することができます。

1 ①の欄
 (1)「氏名・生年月日・住所」欄は、戸籍又は住民票(外国人は登録済証明書)に記載されているとおり記入してください。住所と住民登録地が違うときは、現住所を()書きで記入してください
 (2)「生活保護、児童扶養手当」受給状況欄は該当するものを○で囲み、受給している場合には、受給開始年月日を記入してください。

2 ②の欄
 ひとり親家庭等となった事由について、該当する記号を○で囲んでください。

3 ③の欄
 申請者及び児童(18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。)について記入してください。

4 ④の欄
 児童に障害があるときは、氏名と障害名を記入してください。

5 ⑤の欄
 支給される医療費の振込先金融機関を記入してください。

6 ⑥の欄
 「保険の種類」は、該当する番号を○で囲んでください。
 「国保」は国民健康保険、「政管」は政府管掌健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「共済」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済、「船員」は船員保険の略です。

7 ⑦の欄
 事実上の婚姻関係にある配偶者も含みます。

8 ⑧の欄
 あなたと生計を同じくしている(あなたが養育者であるときは、あなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。

9 10の欄
 地方税法に定める控除対象配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、地方税法に定める老人扶養親族があるときは、その数を()内に再掲してください。

10 11の欄
 当該児童がいる場合は、児童名、児童の生年月日、続柄、住所及び同居、別居の別を提出してください。

11 12の欄
 前年の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。

12 13の欄
 申請者が父又は母である場合には、その監護する児童の父又は母から対象児童についての扶養義務を履行するための費用として前年に受け取った金品等の所得の金額を記入するとともに、その金額の8割に相当する額(1円未満四捨五入)を別記してください。

13 14の欄
 12の欄の所得額と13の欄で計算した養育費の8割に相当する額(1円未満四捨五入)の合計額を記入してください。

14 16の欄
 申請者が父又は母である場合には、寡夫控除、寡婦控除及び寡婦控除特別加算の額は控除しません。

15 この申請書に下記の書類を添えてください。
 (1) あなたと児童の健康保険証
 (2) あなたと児童の戸籍の謄本又は抄本(あなたが養育者であるときは、児童の父母の戸籍又は除籍謄本又は抄本)
 (3) 世帯全員の住民票の写し(続柄表示のあるもの)
 (4) 本年1月2日以後現住所に転入された方は、前の住所地の市町村長の所得証明書
 (5) ひとり親家庭等認定調書
 (6) 養育費に関する申告書
 (7) ①に記入の場合は、障害の程度を確認できる書類
 (8) 児童扶養手当を受けている方は、児童扶養手当証書(児童扶養手当証書を提示できる方は上記(2)から(7)までの書類は必要ありません。)
 ※ この申請書を現況届とする場合は、上記(3)から(6)までの書類を添えてください。

16 申請について、不明な点は担当の職員におたずねください。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄ア離婚に該当する場合)

1 婚姻を解消した場合

婚姻を解消した父又は母の氏名	
婚姻を解消した年月日	年 月 日
その他参考事項	

2 事実上の婚姻を解消した場合

事実上の婚姻を解消した父又は母の状況	氏名 住所
申請者に対する児童の父又は母からの定期的な生計の補助	1 有 (月 万円程度) 2 無
申請者と児童の父又は母との交流の状況	1 定期的な訪問がある。(月 回) 2 無
同居の有無	1 有 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 同居の期間 年 月 から 年 月 まで 同居時の住所 </div>
その他参考事項	2 無

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定書

(申請書②の欄イ死亡に該当する場合)

死 亡 し た 父 又 は 母 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日
そ の 他 参 考 事 項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所

氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄ウ障害に該当する場合)

障害の状態にある父又は母の氏名		
障 害 名		
確 認 方 法	確 認 書 類	1 身障手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 その他
	手帳等の番号	
	等 級	
	発 行 者	
その他参考事項		

上記の確認方法が診断書による場合

就 労 状 況	1 就労している 2 就労していない (理 由) 3 現在休職中 (休 職 期 間)						
日常生活の状況	1 介 護 状 況 (常 時 看 護 が 必 要 ・ そ の 他) 2 身 辺 処 理 状 況 (手 助 け が 必 要 ・ そ の 他)						
通院等の状況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">通 院</td> <td style="width: 33%;">月 平 均</td> <td style="width: 33%;">回</td> </tr> <tr> <td>過去 1年間の入院歴</td> <td>回延べ</td> <td>日間</td> </tr> </table>	通 院	月 平 均	回	過去 1年間の入院歴	回延べ	日間
通 院	月 平 均	回					
過去 1年間の入院歴	回延べ	日間					

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄エ生死不明に該当する場合)

生死が明らかでない父又は母の氏名	
生死が明らかでない期間	年 月 日から現在まで
生死が明らかでない状況	
添付書類	船舶会社、海上保安庁、警察等が発行する生死不明に関する証明書を添付すること。
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書
(申請書②の欄オ遺棄に該当する場合)

遺棄している父又は母の氏名			
遺棄している父又は母と児童との関係		1 実父(母)	2 養父(母)
遺棄の区分		1 父親が家出	2 母親が家出
別居の時期		年 月 から	
父又は母の行方の状況		1 不明 2 判明 住所	電話
仕送りの状況		1 有 (1) 定期的に有り(月 万円) 2 無 (2) 時々有り (1回 万円) (3) 年 月まで有りその後無し	
警察、親類等への 捜索依頼		1 有 (年 月 日警察署届出) (親類依頼 年 月 日) 2 無 (理由)	
離婚の意思		1 有 2 無 3 現在はないが将来は考えたい (1の場合) (2・3の場合)理由 子どもの養育希望 1父親 2母親 離婚調停 1 有(①調停中②調停不調(取下げ)) 2 無	
遺棄している父又は母	酒乱又は暴力行為	1 有	2 無
	異性関係	1 有	2 無
	犯罪行為	1 有	2 無
	金融機関から借金	1 有	2 無
	ギャンブル狂	1 有	2 無
	住民登録	1 有 (抹消予定	年 月 日) 2 無
申請者の生計維持方法			
遺棄している父又は母からの連絡		1 有(最終 年 月 日) 2 無 (手紙・電話・来訪・その他) (その内容は子どもの安否を気遣うものだった 1 有 2 無)	

遺棄している父 又は母の生活歴 (出身地、職業、性格等)	
遺棄の要因、理由等	
遺棄した当時の状況 と現在までの経緯	
遺棄についての 今後の見通し	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄カ拘禁に該当する場合)

拘禁されている 父又は母の氏名	
拘禁期間	年 月 日から 年 月 日までの予定
添付書類	刑務所長等の発行する拘禁証明書を添付すること。
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名押印に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄キ未婚の女子に該当する場合)

児童の父の状況	氏名 住所
申請者に対する児童の父からの定期的な生計の補助	1 有 (月 万円程度) 2 無
申請者と児童の父との交流の状況	1 定期的な訪問がある。(月 回) 2 無
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所

氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

ひとり親家庭認定調書

(申請書②の欄ケ父母死亡及びコその他に該当する場合)

父の状況	1 死亡 (年 月 日死亡) 2 その他
母の状況	1 死亡 (年 月 日死亡) 2 その他
児童を養育するに至った経緯	
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住 所
氏 名

垂水市長 殿

注 記名に代えて署名することができます。

第2号様式 (第3条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者証交付台帳

受給資格者証番号											
申請者	フリガナ氏名	男・女		生年	年 月 日			受給資格者証(再)交付更新年月日	受給資格の該当要件	備考	
	個人番号			月日							
受給者	住所	TEL						・	・		
	職業	勤務先	TEL						・	・	
受給者	氏名	続柄	生年月日	性別	資格取得年月日	資格喪失年月日	備考	・	・		
			・	男・女	・	・		・	・		
			・	男・女	・	・		・	・		
			・	男・女	・	・		・	・		
			・	男・女	・	・		・	・		
加入保険医療保険	被保険者氏名						続柄	振込指定金融機関			
	住所						金融機関名				
	保険種別	政・組・船・共・国記号番号					口座種別 普通・当座・その他				
	保険者名						口座番号				
保険	保険者住所						口座名義人				
	附加給付の有無										

第3号様式（第3条関係）
（表）

垂水市ひとり親家庭医療費受給資格者証		
受給者番号		
申請者	氏名	
	住所	
受給者	氏名	
	続柄	
	生年月日	
	住所	
有効期間		から まで
年 月 日交付		
		垂水市長 印

（裏）

注意事項	
1	この証は、医療機関等を受診した際、市町村から保健の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから、大切に保管してください。
2	医療機関等で診療を受ける場合は、必ずこの証と加入医療保険者証と一緒に病院等の窓口に提出してください。
3	受給の資格がなくなったときや、有効期限を経過したときは、この証を市長にお返しください。
4	氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、市長に届け出てください。
5	この証を破損、汚損又は紛失したときは再交付を受けてください。
6	偽り、その他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。

番 号
年 月 日

様

垂水市長 印

ひとり親家庭医療費受給資格者証交付（更新）申請却下
決定通知書

年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭医療費受給資格者証交付
（更新）申請については、審査の結果、次の理由により資格が認められませんので通知
します。

氏 名

理 由

この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、垂水市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、垂水市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提訴することができます。（ただし、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か月以内であってもこの処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

なお、審査請求をしたときは、この処分の取消しの訴えは、当該審査請求に係る判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

第5号様式（第4条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

受給資格者証番号				性別	男・女		
受給者氏名				生年月日	年 月 日		
登録事項		旧		新			
変更の内容	氏名						
	住所						
	医療	保険の種類	政 組 日 船 共 国	政 組 日 船 共 国			
		記号・番号					
	保険	被保険者名					
		附加給付金の内容	無・有（ ）	無・有（ ）			
	受給資格の該当要件						
	受給者のうち一部の者に係る資格喪失						
	振込先金融機関	名称	銀行・金庫 組合・農協	支所 支店	銀行・金庫 組合・農協	支所 支店	
		預金種別	普・当			普・当	
口座番号							
口座名義人（カナ）							
その他							
変更年月日			年 月 日				
<p>上記のとおり変更したので、受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>垂水市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所 届出者 氏 名</p>							
※この欄は市において記入	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

注 記名に代えて署名することができます。

第6号様式（第5条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格喪失届

受給資格者証番号	受給者氏名	性別	男・女
	生年月日	年	月 日
資格消失年月日		年	月 日
資 格 喪 失 事 由	(1) 他の市町村に転出したため 転出先 () (2) ひとり親家庭でなくなったため 具体的理由 () (3) 医療保険の被保険者でなくなった (4) 生活保護受給 (5) 死亡 (6) その他		

上記のとおり受給資格を喪失したので、受給資格者証を添えて届け出ます。

年 月 日

垂水市長 殿

住 所

届出者

氏 名

- 注 1 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。
 2 記名に代えて署名することができます。

第7号様式（第6条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

受給資格者証番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
再 交 付 申 請 の 理 由	(1) 破損			
	(2) 亡失			
	(3) その他 ()			

上記のとおり受給資格者証を紛失（破損）したので、受給資格者証を添えて届け出ます。

年 月 日

垂水市長 殿

住 所
届出者
氏 名

- 注 1 再交付申請理由の該当する番号を○で囲んでください。
 2 破損（汚損）の場合は、旧受給資格者証を添えて提出してください。
 3 紛失した受給資格者証を発見したときは、速やかに返送してください。
 4 記名に代えて署名することができます。

垂水市長 殿

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請者氏名				対象者	
申請者住所				氏名	
受給資格者証番号				続柄	
加入保険	保険の種類	政組日船共国		生年月日	年月日
	記号番号			/	
	被保険者氏名				

医療機関記載欄	診療(調剤)報酬証明					
	診療月	年 月分		患者氏名		
	区分	医療保険対象総点数		一部負担金受領額		
	入院	点		円		
	外来	点		円		
	うち他法制度負担分		点	傷病発生原因	第三者・その他	
	保険の種類	国保 政管 組合 共済 船員				
	上記のとおり一部負担金を受領しました。					
年 月 日						
医療機関等 所在地 名称 氏名						

医療機関の方へ……不要の欄（記入しない欄）は、斜線で消してください。

※市町村記入欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 C	支給決定額 (A-B-C)
	入院	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

注 申請者は、記名に代えて署名することができます。

※受診の翌月から6ヶ月以内に申請してください。

第9号様式（第8条関係）

ひとり親家庭医療費支給台帳（母子家庭・父子家庭・父母のない児童）

（ 年 月分）

受給資格者証番号	氏名	入院外来の別	対象医療費 ①	保険給付額 （高額療養費を含む） ②	他法負担額 ③	附加給付額 ④	一部負担額 ⑤	差引申請額 ① - (②+③+④+⑤)	支給決定額	備考
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								
		入・外								

年 月 日

様

垂水市長

ひとり親家庭医療費助成金支給決定通知書

上記のことについて、次のとおり支給を決定し指定の金融機関に振り込みましたので通知します。

記

受付期間

年 月 日から 年 月 日

（この期間は、申請書を受け付けた期間であり、診療期間ではありません。）

支給額

円

番 号
年 月 日

様

垂水市長 印

ひとり親家庭医療費助成金却下通知書

年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭医療費の助成については、
下記の理由により給付できないので通知します。

記

（理由）

この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、垂水市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、垂水市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提訴することができます。（ただし、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か月以内であってもこの処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

なお、審査請求をしたときは、この処分の取消しの訴えは、当該審査請求に係る判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

番 号
年 月 日

様

垂水市長 印

ひとり親家庭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 医療費助成金

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