

○上毛町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成17年10月11日

規則第45号

改正 平成20年10月1日規則第11号

平成21年10月1日規則第8号

平成26年9月26日規則第4号

平成26年9月30日規則第6号

平成27年12月28日規則第20号

平成28年9月30日規則第8号

(趣旨)

第1条 この規則は、上毛町子ども医療費の支給に関する条例（平成17年上毛町条例第97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。

(受給資格の認定申請の手続)

第2条 条例第5条の規定により、子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第3条に規定する保護者及びその配偶者の所得が福岡県子ども医療費支給事業費県費補助金の交付該当・非該当の判定が可能となる書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

(医療証の交付及び未交付の通知)

第3条 条例第6条第1項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、町長が同条同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を子ど

もごとに審査した上、行うものとする。

- 2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第4条 子ども医療証の有効期限は、当該子どもが15歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。ただし、有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合は、当該子どもの受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日までとする。

- 2 受給資格者は、医療証の有効期限が満了したときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

- 2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

- 3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の訪問看護ステーションその他町長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、子ども医療費の支払を町長に請求しようとするときは、子障親医療費請求書又は子障親訪問看護療養費請求書を町長に提出しなければならない。

(子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、子どもが上毛町国民健康保険の被保険者であつて、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 子どもの住所及び氏名
- (2) 子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が被保険者でない場合のみ）
- (4) 子どもの死亡
- (5) 子どもの被保険者等
- (6) 子どもの被保険者等に係る保険者又は共済組合
- (7) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第8条の規定により、届出をしようとするときは、記載事項変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

- 4 受給資格者は、子ども医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(様式)

第 1 1 条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳 様式第 1 号
- (2) 子ども医療証（6 歳未満用） 様式第 2 号
- (3) 子ども医療証（児童用） 様式第 3 号
- (4) 再交付申請書 様式第 4 号
- (5) 子障親医療費請求書（医科、歯科用） 様式第 5 号
- (6) 子障親医療費請求書（調剤用） 様式第 6 号
- (7) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第 7 号
- (8) 支給申請書 様式第 8 号
- (9) 記載事項変更届 様式第 9 号
- (10) 第三者の行為による被害届 様式第 1 0 号
- (11) 資格喪失届 様式第 1 1 号

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成 1 7 年 1 0 月 1 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、合併前の乳幼児医療費の支給に関する規則（昭和 4 9 年新吉富村規則第 4 2 号）又は大平村乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則（昭和 4 9 年大平村規則第 6 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 2 0 年 1 0 月 1 日規則第 1 1 号）

- 1 この規則は、平成 2 0 年 1 0 月 1 日（以下「施行日」という。）から施行する。

- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の上毛町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、上毛町乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年上毛町条例第19号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成21年10月1日規則第8号）

この規則は、平成21年10月1日から施行する。

附 則（平成26年9月26日規則第4号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の上毛町乳幼児・こども医療費の支給に関する条例施行規則による様式により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

附 則（平成26年9月30日規則第6号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日規則第20号）

（施行期日）

第1条 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

- 2 この規則の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成28年9月30日規則第8号）

（施行期日）

第1条 この規則は、平成28年10月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

2 この規則の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号(第11条関係)

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳																													
医療証番号														資格認定年月日				年		月		日							
														申請事由															
子ども	ふりがな													男・女	住所														
保護者	氏名													男・女	住所	同 上													
生計維持者	ふりがな													男・女	住所	同 上													
	氏名													男・女	住所														
	個人番号													男・女	住所														
医療保険	保険種別					被保険者証の氏名、記号・番号				氏名				記号				番号											
	保険者名					保険者番号								所在地				付加給付の有無				□有 □無							
所得の状況	年分 所得額				所得区分				□ 被用者又は公務員 □ 被用者等でない者				扶養親族等及び児童の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)				人 (人)				児童手当の受給の有無				□有 □無				
上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。 なお、この制度の資格審査、設定に当たり、町が保有する公募等により確認することに同意します。 そして、町が町民税に係る情報および児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。 また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を町に委任します。																													
年 月 日 申請者 住所 上毛町長 殿 氏名 ㊟ (電話)																													
審査欄	控除後の所得額				所得制限限度額				判定				備考欄																
	円				円				可 ・ 否																				

様式第2号(6歳未満用)(第11条関係)

(表 面)

福岡県子ども医療(上毛町乳幼児用)									
㊦ 医 療 証									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	1	4	0				
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								男・女
	生年月日	年 月 日							
一部自己負担金		入院 徴収しない 入院外 徴収しない							
発行機関名及び印		福岡県 上毛町長							
交付年月日		年 月 日							

※ この証は福岡県と大分県中津市内以外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項
1. この証は、上毛町の条例により子ども医療費の支給が受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
3. 子どもが町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

1. 規格 日本工業規格 B 列7番
2. 印刷色 黒色
3. 地色 ラベンダー色
4. 負担者番号 別紙のとおり
5. 受給者番号
- 市町村において設定する。

様式第3号(児童用)(第11条関係)

(表 面)

福岡県子ども医療(上毛町児童用)									
㊦ 医 療 証									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	1	4	0				
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								男・女
	生年月日	年 月 日							
一部自己負担金		入院 徴収しない 入院外 1月当たり800円を限度 ※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。							
発行機関名及び印		福岡県 上毛町長							
交付年月日		年 月 日							

※ この証は福岡県と大分県中津市内以外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項	
1. この証は、上毛町の条例により子ども医療費の支給が受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。	
3. 子どもが町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。	
4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。	
5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。	
6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。	
7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)	

1. 規格 日本工業規格 B 列7番

2. 印刷色 黒色

3. 地色 ラベンダー色

4. 負担者番号
別紙のとおり

5. 受給者番号

市町村において設定する。

様式第4号(第11条関係)

子 ども 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

上毛町長 殿

申請者 住所
氏名
電話



下記のとおりですから、子ども医療証を再交付して下さるよう申請します。

子ども医療証の
受 給 者 番 号

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

子どもの氏名

- 申 請 の 理 由
- 1. 失くした
 - 2. 破れた
 - 3. 汚れた
 - 4. その他()

様式第5号(第11条関係)

1	3	8
医 科	歯 科	医 保

年 月分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおリ請求する。
年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名



		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

薬 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名



	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

訪 問 看 護
ステーションコード

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名
下記のとおり請求する。
年 月 日

㊦

		保 険 給 付 別	件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別	件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別	件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

子ども医療費支給申請書									
年 月 日									
上毛町長 殿									
住所									
申請者 氏名									
電話									
次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。									
子ども医療証 の受給者番号							被保険者証等の 記 号 ・ 番 号		
受給者氏名							保険者名称		
生年月日							世 帯 主 被 保 険 者 等 氏 名		
傷 病 名									
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで								
医 療 機 関	所在地								
	名 称								
医療費総額	円						申 請 額	円	
申 請 理 由 該当する番号 を ○ で 囲 む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 ()								
振 込 先 □前回と変更なし	銀行名								
	支店名								
	口座番号								
	フリガナ 名 義 人								

子ども医療変更届

年 月 日

上毛町長 殿

住所

届出人 氏名

電話

受給者 氏名

子ども医療証の

受給者番号

[illegible]

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由（該当するものを○で囲む）

1. 子どもの住所 2. 世帯主の住所 3. 子どもの氏名
4. 世帯主等の氏名 5. 子どもの世帯主、被保険者等
6. 被保険者証等の記号・番号
7. その他（ ）

II 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

様式第10号(第11条関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

上毛町長 殿

届出人 住所
氏名
電話



次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)	
加害者	住所		氏名	職業 電話
加害者の 使用者	住所		氏名	職業 電話
負傷の日時及び場所	年 月 日午前・午後 時 分頃 場所			
発病の原因 又は負傷時の状況				
疾病又は負傷の程度		治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた 医師名	当初	住所	氏名	電話
	転医後	住所	氏名	電話
自動車事故の 場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地	
損害賠償に 関する交渉 の経過				

様式第11号(第11条関係)

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

上毛町長 殿

届出人 住所

氏名 印

電話

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1, 転出予定 2, 生活保護受給 3, 死亡 4, 生計維持する者の所得超過 5, その他()
受給資格喪失年月日		年 月 日
医療証	受給者番号	
	氏 名	

様式第1号（第11条関係）

様式第2号（第11条関係）

様式第3号（第11条関係）

様式第4号（第11条関係）

様式第5号（第11条関係）

様式第6号（第11条関係）

様式第7号（第11条関係）

様式第8号（第11条関係）

様式第9号（第11条関係）

様式第10号（第11条関係）

様式第11号（第11条関係）