

○上毛町ひとり親家庭等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44号

改正 平成20年10月1日規則第10号

平成27年12月28日規則第22号

平成28年9月30日規則第10号

(趣旨)

第1条 この規則は、上毛町ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例（平成17年上毛町条例第96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。

(受給資格認定の手続)

第3条 条例第5条の規定により、ひとり親家庭等医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給資格認定申請書に次に掲げる書類を添え、町長に提出しなければならない。ひとり親家庭等医療費の受給資格の認定を受けた者が、同条後段の規定により、改めてひとり親家庭等医療費の受給資格の認定を受けようとする場合においても同様とする。

- (1) 医療保険各法の規定による被保険者証、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条に規定する対象者であることを証する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定により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。

(ひとり親家庭等医療証の交付等)

第4条 条例第6条第1項に規定するひとり親家庭等医療証（以下「医療証」

という。)の交付は、町長が交付の可否を審査した上、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。

(医療証の更新申請等)

第5条 受給資格者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、ひとり親家庭等医療証更新申請書により医療証の更新を申請することができる。

- 2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。
- 3 受給資格者は、医療証の有効期間が満了したときは、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6条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、ひとり親家庭等医療証再交付申請書を町長に提出して、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7条 条例第7条で規定する規則で定める保険医療機関等は、次に掲げる病院、診療所又は薬局及び訪問看護ステーションとする。

- (1) 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並びに同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション
- (2) 前号に掲げるもののほか、町長の定める病院、診療所又は薬局
(ひとり親家庭等医療費の請求)

第8条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、ひとり親家庭等医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しな

ればならない。ただし、対象者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、ひとり親家庭等医療費請求書を提出するものとする。

(ひとり親家庭等医療費の支給申請)

第9条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、ひとり親家庭等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ひとり親家庭等医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、受給資格者が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に規定する被保険者であって、当該受給資格者に係るひとり親家庭等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。

(ひとり親家庭等医療費に関する決定の通知)

第10条 町長は、前条第1項の規定による申請書が提出された場合において、ひとり親家庭等医療費の支給を決定したときは、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、ひとり親家庭等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。

(届出事項)

第11条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 受給資格者の住所及び氏名
- (2) 被保険者、組合員又は加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名
- (3) 保険者又は共済組合
- (4) 保険給付の内容
- (5) 受給資格に関する事項
- (6) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、ひ

ひとり親家庭等医療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条に規定する受給資格要件に該当しなくなったときは、ひとり親家庭等医療費受給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、ひとり親家庭等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、被害届に医療証を添えて、直ちに町長に届け出なければならない。

(受給資格の喪失の特例)

第12条 受給資格者は、次の各号に掲げるときは、当該各号に定める日の翌日に受給資格を喪失するものとする。

(1) 母子家庭又は父子家庭でなくなったとき(婚姻による場合を除く。) 母子家庭又は父子家庭でなくなった日の属する月の末日

(2) 父母のない児童でなくなったとき 父母のない児童でなくなった日の属する月の末日

(3) 母子家庭の母又は父子家庭の父が扶養する児童又は父母のない児童が満18歳に達したとき 最も早く到達する3月31日

(4) 受給資格者が死亡したとき 死亡の日。ただし、児童が死亡したため受給資格の要件に該当しなくなった母子家庭の母又は父子家庭の父が現に医療を受けている場合は児童が死亡した日の属する月の末日とする。

(様式)

第13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) ひとり親家庭等医療費受給資格(／認定／更新／)申請書兼台帳 様式第1号

(2) ひとり親家庭等医療証 様式第2号

(3) ひとり親家庭等医療証再交付申請書 様式第3号

(4) 子障親医療費請求書(医科・歯科用) 様式第4号

- (5) 子障親医療費請求書（調剤用） 様式第5号
- (6) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第6号
- (7) ひとり親家庭等医療費支給申請書 様式第7号
- (8) ひとり親家庭等医療変更届 様式第8号
- (9) ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届 様式第9号
- (10) 第三者の行為による被害届 様式第10号

（施行の細則）

第14条 この規則の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成17年10月11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、合併前の新吉富村母子家庭等医療費の支給に関する規則（昭和58年新吉富村規則第7号）又は大平村母子家庭等医療費の支給に関する条例施行規則（昭和59年大平村規則第4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20年10月1日規則第10号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成20年10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、改正後の上毛町ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定により、上毛町母子家庭等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18号）による受給資格の認定及び受給資格者に対するひとり親家庭等医療証の交付の手続きをすることができる。

(経過措置)

- 3 施行日から平成22年9月30日までの間に行われる診療分に限り、改正前の上毛町母子家庭等医療費の支給に関する条例第2条第4項の規定による受給資格者であった一人暮らしの寡婦については、改正後の規則の規定を適用する。この場合において、一人暮らしの寡婦でなくなったとき（婚姻による場合を除く。）は、その日の属する月の末日の翌日に受給資格を喪失するものとし、改正後の規則様式第2号中「入院 1日当たり500円（月7日限度）」とあるのは、平成20年10月1日から平成21年9月30日までの間は、「入院 1月当たり12,000円を限度」と、平成21年10月1日から平成22年9月30日までの間は、「入院 1月当たり24,000円を限度」と、改正後の規則様式第2号中「通院 1月当たり800円を限度」とあるのは、平成20年10月1日から平成21年9月30日までの間は、「通院 1月当たり1,000円を限度」と、平成21年10月1日から平成22年9月30日までの間は、「通院 1月当たり2,000円を限度」と、「3 地色 オレンジ」とあるのは、「3 地色 緑色」とする。

附 則（平成27年12月28日規則第22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10号）

(施行期日等)

第1条 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から

施行する。

第2条 町長は、前条の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の上毛町ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、上毛町ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成28年上毛町条例第17号）による受給資格の認定及び受給資格者に対するひとり親家庭等医療証の交付の手続きをすることができる。

（経過措置）

第3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13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書等台帳

年 月 日

上毛町長 殿

申請者 住 所

氏 名



電 話

ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例・規則の規程に基づき、受給資格の(認定・更新)を申請します。
 なお、この制度の資格審査・認定にあたり、町が保有する公簿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及び児童扶養手当の支給に関する情報等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。

区分	ふりがな 氏 名		申請者との 続 柄	性別	生年月日	職業・学校名 (学年)	別居者の住所		
	個人番号								
対 象 者	①母 父	-----		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	・ ・				
		個人番号							
	② 児童	-----		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	・ ・				
		-----		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	・ ・				
生計維持者	-----		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	・ ・					
	個人番号								
③対象となった事由 及びその年月日									
④児童扶養手当の 受 給 状 況			証書番号 福児扶第	号	⑤年 金 の 受 給 状 況	年金の種別 証 書 番 号			
⑥加入医 療保険の 内 容	被保険者等氏名					保険者番号			
	住 所					保険者名称			
	記号・番号		付加給付の内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格取得年月日	・ ・	交付年月日	・ ・	
[事務処理欄]			認定年月日	・ ・	医療証交付年月日	・ ・			
資格審査		①認定 ②却下()							
決 裁			公募等 確 認	<input type="checkbox"/> 戸 籍	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 生 保	<input type="checkbox"/> 他制度医療		
				<input type="checkbox"/> 住民票・外人登録		<input type="checkbox"/> 所得	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当		
			所 得 状 況	本 人	配 偶 者	扶 養 義 務 者			
			控除後の所得額	円	円	円			
			控除対象親族等 限 度 額	円	円	円			

様式第2号(第13条関係)

(表 面)

福岡県ひとり親家庭等医療 医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
負担者番号	9 0 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 1日当たり500円(月7日限度) 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

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)

(裏 面)

注意事項
1. この証は、上毛町の条例によりひとり親家庭等医療費の支給を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. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
3. 受給者の資格がなくなったときや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. 氏名・住所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. 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及び生活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 オレンジ色
- 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。

ひとり親家庭等医療証再交付申請書

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住所
氏名
電話

㊟

次のとおりですから、ひとり親家庭等医療証を再交付して下さるよう申請します。

ひとり親家庭等医療証の受給者番号

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

受給者の
氏名 _____

- 申請の理由
- 1 失くした
 - 2 破れた
 - 3 汚れた
 - 4 その他()

年 月分 子障親医療費請求書

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

殿

医療機関
コード

下記のとおりに請求する。
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	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
	割合							
⑤ 子 ど も	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑥ 障 害 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
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
	割	別					
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
	割	別					
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
	割	別					
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
	7割	8割						
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
	7割	8割						
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
	7割	8割						
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。

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

上毛町長 殿

申請者 住所

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、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

ひとり親家庭等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 <input type="checkbox"/> 前回と変更なし	銀行名						
	支店名						
	口座番号						
	フリガナ 名義人						

ひとり親家庭等医療変更届

年 月 日

上毛町長 様

届出人 住 所

氏 名

電 話

印

医療証の受給者番号

次のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事項(該当するものを○で囲む。)

1 対象者の住所 2 対象者の氏名

3 被保険者証等の記号・番号

4 その他()

II 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

様式第9号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

上毛町長 様

届出人 住所
氏名
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 母子家庭(父子家庭)でなくなった 4 児童福祉施設入所 5 死亡 6 その他()
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証の受給者番号 及び氏名	受給者番号
	氏 名

様式第10号(第13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 円 通院 円 診療費総額 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1号 (第13条関係)

様式第2号 (第13条関係)

様式第3号 (第13条関係)

様式第4号 (第13条関係)

様式第5号 (第13条関係)

様式第6号 (第13条関係)

様式第7号 (第13条関係)

様式第8号 (第13条関係)

様式第9号 (第13条関係)

様式第10号 (第13条関係)