

改正

平成14年9月24日規則第18号

平成15年3月17日規則第14号

平成16年9月30日規則第46号

平成18年4月1日規則第18—2号

平成18年9月12日規則第30号

平成19年8月1日規則第36号

平成20年3月4日規則第6号

平成20年9月18日規則第37号

平成24年4月1日規則第16—3号

平成24年7月23日規則第33号

平成30年7月3日規則第21号

弟子屈町乳幼児等医療費助成に関する条例施行規則

弟子屈町乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則（昭和51年弟子屈町規則第6号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、弟子屈町乳幼児等医療費助成に関する条例（昭和48年弟子屈町条例第19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3条第3号に規定する所得の額等）

第2条 条例第3条第3号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別記によるものとする。

（受給資格者の認定申請）

第3条 条例第4条の規定により、認定申請しようとする者は、乳幼児等医療費受給資格認定申請書（別記様式第1号。以下「認定申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- （1） 医療保険各法による被保険者若しくは被扶養者たることを証する書類（以下「被保険者証」という。）
- （2） 条例第3条第3号に規定する保護者（乳幼児等の生計を主として維持する者に限る。）の

所得の状況を明らかにする書類

2 町長は、前項の規定にかかわらず申請書に添付すべき書類の内容が、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ものとする。

3 町長は、第1項の規定にかかわらず、必要と認めるときは他の書類を添付させることができるものとする。

(受給資格の認定)

第4条 町長は、前条の規定により提出された認定申請書の内容を審査し、受給資格の認定の可否を乳幼児等医療費受給資格認定通知書（別記様式第2号）及び乳幼児等医療費受給資格不承認通知書（別記様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

(受給資格者の登録及び受給者証の交付)

第5条 町長は、前条の規定により、認定したものについて、乳幼児等医療費受給者資格台帳（別記様式第4号。以下「登録台帳」という。）に登録し、乳幼児等医療費受給者証（別記様式第5号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証をき損又は亡失したときは、乳幼児等医療費受給者証再交付申請書（別記様式第6号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

3 第1項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から翌年の7月31日までの間とする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

(受給者証の提示)

第6条 受給資格者が医療を受けるときは、医療機関等に受給者証に被保険者証等を添えて提示するものとする。

(助成の申請)

第7条 条例第6条に規定する助成の申請は、乳幼児等医療費助成申請書（別記様式第7号）に医療機関等で発行する一部負担金等を領収したことを証明する書類を添えて申請しなければならない。

2 町長は、特に必要と認めたときは、前項の規定にかかわらず北海道社会保険診療報酬支払基金及び北海道国民健康保険団体連合会との契約により行うものとする。

(助成額の決定)

第8条 町長は、前条の規定による申請があったときは、内容を審査のうえ支払額を決定し、乳幼児等医療費助成金支払通知書（別記様式第8号）により当該申請者に通知するものとする。

(条例第5条第2項に規定する額等)

第8条の2 条例第5条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第15条第2項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）の規定の例による。

（一部負担金）

第8条の3 条例第2条第5号の規定による一部負担金は次のとおりとする。

（1） 受給者が3歳未満（3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）

又はその属する世帯全員（生活維持者を含む）が町民税非課税者の場合は初診時一部負担金

ア 医科診療に係るときは初診1件につき580円

イ 歯科診療に係るときは初診1件510円

（2） 上記以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料及び食事療養標準負担額を除く。）に相当する額から令第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額（以下「医療費月額限度額」という。）又は令第14条の2の規定の例により算定した高額療養費に相当する額（以下「医療費年額限度額」という。）を控除した額とする。この場合において、医療費月額限度額又は医療費年額限度額の算定に係る高額療養費算定基準額は、次に掲げる区分に従い、それぞれ次に定める額とする。

ア 医療費月額限度額が令第14条第1項の規定の例により算定される場合、令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、57,600円（療養のあった月以前の12月以内に既に医療費月額限度額が支給されている月数が3月以上ある場合にあっては、44,400円）

イ 医療費月額限度額が令第14条第3項の規定の例により算定される場合、令第15条第3項の規定にかかわらず、18,000円

ウ 医療費年額限度額が令第14条の2第1項の規定の例により算定される場合、令第15条第8項の規定する額

（受給資格の喪失及び受給者証の返還）

第9条 受給資格者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

（1） 町に住所を有しなくなったとき。

（2） 死亡したとき。

（3） 条例第3条のただし書に該当するに至ったとき。

- 2 前項の規定に該当するときは、乳幼児等医療費受給資格喪失届（別記様式第9号）に受給者証を添えて、速やかに町長に返還しなければならない。

（変更の届出）

第10条 保護者は、次のいずれかに該当するに至ったときは、乳幼児等医療費受給資格変更届（別記様式第10号）に受給者証を添えて町長に提出しなければならない。

- （1） 加入している医療保険に変更があったとき。
- （2） 住所に変更があったとき。
- （3） その他受給資格の内容に変更があったとき。

附 則

この規則は、公布の日から施行することとし、平成13年4月1日から適用する。ただし、第2条及び第3条の規定は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年9月24日規則第18号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成15年3月17日規則第14号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成16年9月30日規則第46号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年4月1日規則第18—2号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年9月12日規則第30号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成19年8月1日規則第36号）

この規則は、平成19年8月1日から施行する。

附 則（平成20年3月4日規則第6号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年9月18日規則第37号）

1 この規則は、平成20年10月1日から施行する。

2 この規則施行の際、現にこの規則による改正前の規定により交付されている乳幼児医療費受給者証は、この規則による改正後の規定により交付したものとみなす。

附 則（平成24年4月1日規則第16—3号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成24年7月23日規則第33号）

- 1 この規則は、平成24年8月1日から施行し、平成24年4月1日から適用する。
- 2 平成24年4月1日から同年5月31日までの間は、別記（第2条関係）の規定中、次の表の左欄に掲げる字句は、それぞれ右欄に掲げる字句に読み替えるものとする。

児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第1条に定める額	児童手当法施行令の一部を改正する政令（平成24年政令第113号）による改正前の児童手当法施行令（昭和46年政令第281号。以下この項において「旧児童手当法施行令」という。）第11条において準用する第1条に定める額（第11条において読み替えた後の額）
児童手当法施行令第2条	旧児童手当法施行令第11条において準用する第2条
児童手当法施行令第3条	旧児童手当法施行令第11条において準用する第3条

附 則（平成30年7月3日規則第21号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成30年8月1日から施行する。

（適用区分）

- 2 改正後の弟子屈町乳幼児等医療費助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以降の医療に係る医療費の助成について適用し、施行日前の医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

別記（第2条関係）

第2条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。）とし、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第1条に定める額とする。

2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

- （1） 所得の範囲は、児童手当法施行令第2条の規定によるものとする。

(2) 所得の額の計算方法は、児童手当法施行令第3条の規定によるものとする。

別記様式第1号 (第3条関係)

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

保護者 住 所

氏 名 印

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号

対象者との続柄

電話番号

下記のとおり、乳幼児等医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。

記

※受給者番号				申請理由	出生・転入・更新・その他 ()		
受給資格者の状況	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日		年 月 日 生まれ	個人番号			
	保護者との続柄			保護者との同別居の別	同居・別居		
	保護者氏名			生年月日	年 月 日		
	加入医療保険	種 別	1 国保 2 国保組合 3 健保組合 4 協会 5 共済 6 その他 ()				
		被保険者証発行機関		所在地			
		記号・番号		付加給付	有 ・ 無		
被保険者組合員名			有効期限	年 月 日			
添付書類		被保険者証(写)、所得状況証明書等(又は、所得状況等の確認に同意)					
同意・申請事項	所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に同意し乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。				受付		
	保護者名	印					

処 理 経 過 記 入 欄					
課 長				非該当の事由 () 却下通知書の交付等 年 月 日 申請者に対し却下通知書を交付・送付	
受給資格を審査したところ、次のとおりであったので、 (受給者証・却下通知書)を交付してよろしいでしょうか。					
資格の判定	該当・非該当			所得状況等確認	備 考
有効期限の始期	年 月 日			課 税 台 帳	証 明 書 等 添
有効期限	年 月 日				

別記様式第2号(第4条関係)

乳幼児等医療費受給資格認定通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

弟子屈町長

印

さきに申請のありました乳幼児等医療費受給資格認定申請につき内容審査の結果申請
どおり認定いたします。

別記様式第3号（第4条関係）

乳幼児等医療費受給資格不承認通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

弟子屈町長

印

さきに申請のありました乳幼児等医療費受給資格認定申請につき内容審査の結果承認
できないので通知します。

(理由)

別記様式第4号（第5条関係）

乳幼児等医療費受給者資格台帳

対象乳幼児	性 別		生 年 月 日		住 所		
	(変更後の氏名)		変更年月日・事由 (. .)		(. . .)		
保護者氏名	続 柄		職 業		変 更 後 の 住 所		
	勤務先				(. . .)		
	続 柄		職 業				
	勤務先				(. . .)		
医療保険	加 入 者	保険種別	記 号 番 号	給付割合	事業所の名称	事業所の所在地	附加給付状況
				割			
				割			
受給資格者証交付 ・ 再交付 ・ 停止 ・ 変更					住民となった日	摘要	
年 月 日	区 分	事 由	年 月 日	区 分	事 由	年 度	所 得 額
. .			. .				
. .			. .				
. .			. .				
. .			. .				
受給資格者番号	住 所	氏 名	性別	生 年 月 日	有効期限年月	保 険 種 別	給付補助
					入 院 入院外		

別記様式第5号 (第5条関係)

		乳幼児等医療費受給者証	
公費負担者 番号	9 0 0 1 2 2 2 0	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 日から 年 月 日まで		
発行機関 名及び印			
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項													
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払ってください。なお、町民税課税世帯については、診療費の1割に相当する額となり限度額は記載のとおりです。 【北海道基準】 町民税非課税世帯（親初） <table border="0"> <tr> <td>① 内科受診の場合</td> <td>5 8 0 円</td> <td rowspan="4">} 初診時に限る (初診時一部負担金)</td> </tr> <tr> <td>② 歯科受診の場合</td> <td>5 1 0 円</td> </tr> <tr> <td>③ 柔道整復受療の場合</td> <td>2 7 0 円</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問看護の場合</td> <td>診療費の1割に相当する額</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)</td> </tr> 町民税課税世帯（親親） 入院限度額 : 5 7, 6 0 0 円 (ただし、過去12月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。) 通院限度額 : 1 8, 0 0 0 円 2 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（又は組合証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて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に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 </table>		① 内科受診の場合	5 8 0 円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)	② 歯科受診の場合	5 1 0 円	③ 柔道整復受療の場合	2 7 0 円	④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額	(ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)		
① 内科受診の場合	5 8 0 円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)											
② 歯科受診の場合	5 1 0 円												
③ 柔道整復受療の場合	2 7 0 円												
④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額												
(ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)													

別記様式第6号 (第5条関係)

乳幼児等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個人番号 _____
 対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、乳幼児等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号								受給者氏名	
生年月日	年 月 日			個人番号					
申請理由	1 紛失のため 2 破損のため 3 汚損のため 4 その他 ()								
備考									

別記様式第7号 (第7条関係)

乳幼児等医療費助成申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個人番号 _____
 対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、(一部負担分・療養費)を支払いましたので、乳幼児等医療費の支給を申請します。

記

受給者番号								被保険者証等の記号・番号	
受給者氏名								世帯主・被保険者等氏名	
生年月日	年 月 日							個人番号	
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 国民健康保険による療養費が支給された 2 社会保険各法による療養費が支給された 3 道外の医療機関等で受診した 4 その他 ()								
備考									

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合 ()										本店 支店 本所 ()			
		預金種別	普通 当座	口座番号											
				口座名義 (カタカナ)											

別記様式第8号 (第8条関係)

乳幼児等医療費助成金支払通知書

年 月 日

様

弟子屈町長

印

年 月 日付で申請のあった、乳幼児等医療費助成金については、次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

受給者番号		受給者氏名			生年月日	
診療 年 月	区 分	助成金申請額	一部負担金 控 除	加入保険から 支給される額	交付決定額	備 考
月分						
月分						
月分						
月分						
月分						
月分						
計						

◎支払年月日 年 月 日 (曜日)

◎支払方法

別記様式第9号 (第9条関係)

乳幼児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個 人 番 号 _____
 電 話 番 号 _____

下記のとおり受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出します。

記

受 給 者	1. _____ 市(町・村)へ転出予定 2. 生活保護受給 3. 児童福祉法により児童福祉施設へ収容された 4. 死亡 5. その他 _____ _____						
受 給 資 格 喪 失 日	年 月 日						
受給者証の受給者 番号及び氏名	受 給 者 番 号						
	氏 名						
	個 人 番 号						

乳幼児等医療費受給資格変更届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人	住 所	_____								
	氏 名	_____ 印								
		(自署の場合は押印を省略できます。)								
	個 人 番 号	_____								
	電 話 番 号	_____								
受給者	氏 名	_____								
	受給者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
	生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日								
	個 人 番 号	_____								

以下のとおり、変更を届け出します。

1. 変更事項（該当するものに○印）

- | | |
|---------------|--------------------|
| ・世帯主の住所 | ・世帯主の氏名 |
| ・乳幼児の住所 | ・乳幼児の氏名 |
| ・乳幼児の保険者（組合） | ・被保険者証（組合員証）の記号、番号 |
| ・その他（ _____ ） | |

2. 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後