

○中井町小児医療費の助成に関する条例施行規則

平成18年3月24日

規則第7号

(趣旨)

第1条 この規則は、中井町小児医療費の助成に関する条例（平成7年中井町条例第17号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定める。

(医療保険各法)

第2条 条例第3条第1項に規定する規則で定める法律は、次に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

第3条 削除

(規則で定める医療費助成事業)

第4条 条例第3条第2項第3号に規定する規則で定める医療費助成事業は、次に掲げる事業とする。

- (1) 中井町重度障害者医療費助成条例（昭和50年中井町条例第15号）で定める医療費助成事業
- (2) 中井町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成3年中井町条例第23号）で定める医療費助成事業

(規則で定める額)

第5条 条例第4条第1項に規定する規則で定める額は、次に掲げる額とする。

- (1) 医療保険各法の規定により定めた定款等で、附加給付金その他これに相当するものが支給されている場合は、その額
 - (2) 医療保険各法の規定による入院時食事療養費に係る標準負担額
 - (3) 他の法令等の規定により医療に関する給付を受けることができる場合は、その額
- (助成の方法の特例)

第6条 条例第5条第2項に規定する特別の理由とは、次の各号のいずれかに該当する場合をいう。

- (1) 医療保険各法により児童等に係る療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給さ

れたとき。

(2) 前号に規定する場合のほか、町長が特に必要があると認めるとき。

2 条例第5条第2項に規定する方法により医療費の助成を受けようとする対象者は、小児医療費助成申請書（第1号様式）により町長に申請しなければならない。

3 前項の申請には、第1項の療養費又は家族療養費の支給を証する書類を添付しなければならない。ただし、町が国民健康保険法による保険者として小児に係る療養費を支給する場合における申請については、この限りではない。

（医療費の助成決定等）

第7条 町長は、前条第2項の申請があつた場合において、医療費の助成を行うと決定したときは、小児医療費助成決定通知書（第2号様式）により、医療費の助成を行わないと決定したときは小児医療費助成申請却下通知書（第3号様式）により申請者に通知する。

（医療証の交付申請等）

第8条 条例第6条の規定による申請は、小児医療費助成事業医療証交付申請書（第4号様式）に、次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

(1) 医療保険各法による被扶養者（国民健康保険法による場合は、被保険者）であることを証する書類

(2) 小児を養育していることを証する書類

(3) 対象者の前年（養育している小児の誕生日が1月1日から6月30日までの間にある場合には、前々年）の所得の状況を証する書類

2 町長は、条例第6条の規定により申請があつた場合において、条例第3条に規定する対象者と決定したときは医療証（第5号様式）を交付し、同条に規定する対象者でないと決定したときは小児医療費助成事業医療証交付申請却下通知書（第6号様式）により通知する。

（医療証の有効期限）

第9条 医療証の有効期限は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるものとする。

(1) 0歳児 当該小児が生まれた日から満1歳に達した日の属する月の末日まで

(2) 1歳児から5歳児まで 当該小児がそれぞれの年齢に達した日の属する月の翌月1日から次の年齢に達した日の属する月の末日まで

(3) 6歳児から15歳児まで 当該小児が満6歳に達した日の属する月の翌月1日からその月以後最初の3月31日まで（満6歳に達した日が3月である小児を除く。）及び当

該小児が満7歳に達した日の属する年度の4月1日から満15歳に達した日以後最初の
3月31日まで

(医療証の再交付)

第10条 対象者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、小児医療費助成事業医療証
再交付申請書（第7号様式）により町長に医療証の再交付を申請することができる。

2 医療証を破り、又は汚したときの前項の申請には、小児医療費助成事業医療証再交付申
請書にその医療証を添えなければならない。

3 対象者は、医療証の再交付を受けた後において、失った医療証を発見したときは、速や
かに、発見した医療証を町長に返還しなければならない。

(届出)

第11条 条例第7条に規定する届出は、小児医療費助成事業申請事項変更届（第8号様式）
に医療証を添えて行わなければならない。

(受給資格消滅の通知)

第12条 町長は、当該対象者が条例第3条に規定する対象者に該当しなくなつたと認めた
ときは、小児医療費助成事業受給資格消滅通知書（第9号様式）により当該対象者に通知
する。ただし、対象者が死亡した場合は、この限りではない。

(添付書類の省略)

第13条 町長は、この規則に規定する申請書の添付書類により証明すべき事項を公簿等
により確認することができる場合には、当該添付書類の一部を省略することができる。

附 則

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

2 中井町小児医療費の助成に関する条例施行規則（平成7年中井町規則第17号）は、廃
止する。

附 則（平成18年規則第17号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第27号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成22年規則第5号）

この規則は、平成22年10月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第14号）

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

- 2 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の中井町情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の中井町個人情報保護条例施行規則、第3条の規定による改正前の中井町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における基準該当事業者の登録等に関する規則、第4条の規定による改正前の中井町児童福祉法施行細則、第5条の規定による改正前の中井町保育の利用に関する規則、第6条の規定による改正前の中井町子どものための教育・保育給付に係る支給認定等に関する規則、第7条の規定による改正前の中井町小児医療費の助成に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の中井町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則、第9条の規定による改正前の老人福祉法施行細則、第10条の規定による改正前の中井町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則、第11条の規定による改正前の中井町身体障害者福祉法施行細則、第12条の規定による改正前の中井町知的障害者福祉法施行細則、第13条の規定による改正前の中井町営住宅条例施行規則、第14条の規定による改正前の中井町介護保険料及び利用者負担額の減免等に関する規則、第15条の規定による改正前の中井町土砂等による土地の埋立て等の規制に関する条例施行規則、第16条の規定による改正前の中井町都市計画下水道事業受益者負担金条例施行規則、第17条の規定による改正前の中井町公共下水道事業受益者分担金条例施行規則及び第18条の規定による改正前の中井町指定下水道工事店規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和元年規則第1号）

この規則は、令和元年7月1日から施行する。

附 則（令和2年規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年規則第7号）

- 1 この規則は、令和3年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

受給者番号									被保険者名			
保 険 の 種 類	☐	国保	☐	組合	☐	協会	被 保 険 者 証		記 号 番 号			
	☐	日雇	☐	船員	☐	共済						
保険者名		符 号				名 称						
ふ り が な 小 児 の 氏 名						生年月日		年 月 日				
申 請 の 種 類	☐	一般	☐	歯科	☐	薬剤	☐	看護				
	☐	移送	☐	補装具	☐	その他						
入院・入院外の別		☐ 入院 ☐ 入院外										
診療等を受けた期間		年 月 日から 年 月 日										
医 療 費 総 額						円 助成申請額		円				
申 請 の 理 由		☐ 県外での受診の為 ☐ その他 ☐ 医療証を忘れた為 ()										
受 領 方 法	☐ 窓口受け取り				☐ 振込							
	※申請後、中井町会計課より支払通知書が送付されますので、支払通知書をご持参の上、中井町会計課窓口にて受領してください。				金融機関名							
					支 店 名							
					口座名義人							
				口座番号								
上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。 なお、医療費の助成決定に関して、資格の有無及び所得の状況等について公簿で確認することに同意いたします。												
年 月 日												
中井町長 殿												
住 所 氏 名												

※町記入欄

控 除 額	年 分 の 所 得 の 合 計 額	円
	雑損控除額	円
	医療費控除額	円
	小規模企業等掛金控除額	円
	障害者控除額	円
	老年者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円
助 成 額 の 計 算	児童手当法施行令第3条第1項による控除額	円
	控除額合計	円
	控 除 後 の 所 得 額	円
	助 成 対 象 の 可 否	可 ・ 否
	自己負担額(入院時食事療養費を除く)	円
	高額療養費	円
附 加 給 付 等	附加給付等	円
	控除額計	円
	差引助成額	円
	附加給付の計算等	

- 備考 1 □のある欄には該当する項目をチェックしてください。
2 ※印の欄には記入しないでください。
3 受給者番号欄には、乳児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
4 被保険者の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
5 太枠内は、本申請書の対象となる小児の健康保険証の写しを添付することで記入を省略できます。
6 申請にあたっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。
■(1) 入院・入院外の別(入院の場合は入院日数)
■(2) 受給者の氏名
■(3) 領収書(入院時の給付費を除きます。)
■(4) 保険診療点数 ■(5) 診療年月日
■(6) 領収年月日 ■(7) 病院等の所在地、名称、領収印

第2号様式(第7条関係)

(用紙 日本産業規格A4縦長型)

小児医療費助成決定通知書

年 月 日

様

中井町長 

年 月 日付けで申請のありました中井町小児医療費助成申請については、次のとおり決定したので通知します。

小 児 の 氏 名	
助 成 月 分	年 月～ 年 月
助 成 決 定 額	円
支 払 方 法	
支 払 予 定 日	

備 考

助成金については、後日、支払通知書が送付されますので、それにより受領してください(口座振込を希望された方は振込により確認してください。)。

第3号様式(第7条関係)

(用紙 日本産業規格A4縦長型)

小児医療費助成申請却下通知書

年 月 日

_____様

中井町長 

年 月 日付で申請のありました中井町小児医療費助成申請については、
次の理由により助成できませんので通知します。

理 由

第4号様式(第8条関係)

(用紙 日本産業規格A4横長型)

(表)

小児医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

中井町長 殿

次のとおり小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
なお、医療証交付決定に関して資格の有無及び所得状況等について公簿で確認することに同意いたします。

①申請者	ふりがな氏名	性別	生年月日	配偶者の有無	住所				保険の種類			
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日	☐ 有 ☐ 無					☐ 国保 ☐ 組合 ☐ 協会 ☐ 日雇 ☐ 船員 ☐ 共済			
②対象児童	ふりがな氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居の別	監護の有無	生計関係	他の医療費助成制度受給状況	被保険者の氏名			
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	☐ 同一 ☐ 維持	☐ 有 ☐ 無 制度名	保険証 記号・番号			
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	☐ 同一 ☐ 維持	☐ 有 ☐ 無 制度名	申請者との 続 き 柄			
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	☐ 同一 ☐ 維持	☐ 有 ☐ 無 制度名	被 保 険 者	名 称		
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	☐ 同一 ☐ 維持	☐ 有 ☐ 無 制度名		所 在 地		
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	☐ 有 ☐ 無	☐ 同一 ☐ 維持	☐ 有 ☐ 無 制度名		附加給付 の有無 ☐ 有 ☐ 無		

								控除後の所得額		助成対象の可否	
								円		可 ・ 否	
※町記入欄	年分所得の合計額	控								除	
		雑 損 控 除 額	医 療 費 控 除 額	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金 控 除 額	障 害 者 控 除 額	老 年 者 ・ 寡 婦 ・ 寡 夫 ・ 勤 労 学 生 控 除 額	兄 弟 手 当 法 施 行 令 第 3 条 第 1 項 に よ る 控 除				
	円	円	円	円	円	円	80,000円				
	・住民票 ・所得関係書類 ・養育関係書類	[添付・公簿確認] [添付・公簿確認] [添付・公簿確認]	児童手当認定通知書 児童手当認定通知書 児童手当認定通知書	児童手当改定通知書 児童手当改定通知書 児童手当改定通知書	児童手当支払通知書 児童手当支払通知書 児童手当支払通知書	・健康保険証 ・公的年金証書	[提示・公簿確認] [提示・公簿確認]				

(裏)

〔記入上の注意〕

1 ①の欄

- (1) 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- (2) 配偶者には、児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、申請者と事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者を含みます。

2 ②の欄

- (1) 申請者が養育(監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。以下同様です。)する児童について、記入してください。
- (2) 「生計関係」の欄は、次によつて記入してください。
 - ア 「同一」は、児童が申請者自身の子である場合で、申請者がその児童と生計を同じくしているときに□にチェックしてください。
 - イ 「維持」は、乳児が申請者自身の子でない場合で、申請者がその児童の生計を維持しているときに□にチェックしてください。

3 太枠内の欄について

対象児童の健康保険証の写しを添付することで記入を省略できます。

「国保」は国民健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「協会」は全国健康保険協会、「日雇」は日雇特例被保険者、「船員」は船員保険、「共済」は国家公務員共済、地方公務員等共済、私立学校教職員共済の略である。

4 この申請書に添えていただく書類は次のとおりです。

- (1) 対象児童の健康保険証
 - (2) 児童のうちに申請者自身の子でない児童がある場合は、父母とその児童との養育関係及び申請者とその児童との養育関係を明かにすることができる書類
 - (3) 申請者が本年(児童の出生した月が1月から6月までは、前年をいいます。)1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、申請者の前年の所得の額と、その所得に係る市町村民税における同一生計配偶者及び扶養親族の有無と数についての市町村長の証明書
- 5 この申請書についてわからないことがありましたら、担当の職員におたずねください。

第5号様式(第8条関係)

(用紙 日本産業規格B7縦長型)

(表)

医 療 証								
負 担 者 番 号	8	1	1	4	0	5	6	8
受 給 者 番 号								
対 象 乳 児	住 所	神奈川県足柄上郡中井町						
	氏 名							男・女
	生 年 月 日	年 月 日 生						
有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで							
一 部 負 担 金	入 院	1 日 に つ き					0 円	
	通 院	1 日 に つ き					0 円	
	調 剤						0 円	
	※一部負担金を徴収しない場合0円と記載しています。							
上記の者は、中井町小児医療費の助成に関する条例により医療費の一部を中井町が助成するものであることを証明する。								
神奈川県足柄上郡中井町長								印
交 付 年 月 日	年 月 日							

(裏)

御 注 意

- 1 この証は、保険の自己負担分を支払わないで受診できる証ですから、大切にしてください。
- 2 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、取扱病院等の窓口に提出してください。
- 3 この証は、県内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。県外の病院等では使えません。
- 4 県外やこの制度による診療を取り扱わない病院等で受診するときは、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、下記の窓口に医療費の助成を申請してください。

入院時食事療養費の標準負担額は自己負担です。
- 6 受給者の資格がなくなつたときや、有効期間を経過したときは、この証を下記の窓口にお返しください。
- 7 氏名、住所、加入医療保険などに変更があつたときは、下記の窓口にこの証を添えて届け出てください。
- 8 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、下記の窓口で再交付を受けてください。
- 9 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。

問い合わせ先

神奈川県足柄上郡中井町役場

小児医療費助成事業
医療証交付申請却下通知書

年 月 日

様

中井町長 

年 月 日付で申請のありました医療証の交付について審査しましたが、次の理由で小児医療費助成事業の対象となりませんので通知します。

1 この処分に不服がある場合には、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して3ヶ月以内に、中井町長に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求を行つた否かにかかわらず、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して6ヶ月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6ヶ月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消の訴えを提起することができます。

氏 名 _____

理 由

第7号様式(第10条関係)

(用紙 日本産業規格A4縦長型)

小児医療費助成事業医療証再交付申請書

年 月 日

中井町長 殿

住 所 中井町

氏 名

次の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負 担 者 番 号	8	1	1	4	0	5	6	8
受 給 者 番 号								

対 象 児 童 氏 名

医療証交付年月日 年 月 日

申請理由

- ☐なくした
- ☐破いた
- ☐汚した
- ☐その他(具体的に記載してください。)

(用紙 日本産業規格A4縦長型)

医療証番号	負担者番号	8	1	1	4	0	5	6	8
番号	受給者番号								
変更の場合	変更後の氏名 (変更前の氏名)	〔 〕 () のため変更]							
	変更後の住所 (変更前の住所)	中井町 電話() — (中井町)							
	変入	保険の種類							
	更医	被保険者名						申請者との続き柄	
	後療	保険証・ 記号番号						保険者名	
	の保	保険者の所在地							
	加險	附加給付の有無							
	その他事項								
変更年月日	年 月 日								
消滅の場合	消滅理由	☐ 他の市町村に転出 (転出先) ☐ 生活保護受給者 ☐ 死亡 ☐ その他							
	消滅年月日	年 月 日							
上記のとおり、小児医療費助成事業の		申請事項に変更がありましたので 受給資格が消滅しましたので							
中井町長 殿		年 月 日 住所 氏名							

第9号様式(第12条関係)

(用紙 日本産業規格A4縦長型)

小児医療費助成事業
受給資格消滅通知書

年 月 日

様

中井町長



次のとおり小児医療費助成事業の対象者に該当しないこととなりましたので通知します。

- 1 この処分に不服がある場合には、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して3ヶ月以内に、中井町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求を行つた否かにかかわらず、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して6ヶ月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6ヶ月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消の訴えを提起することができます。

1 受給資格が消滅した者の氏名 _____

2 受給資格が消滅した年月日 _____ 年 月 日

3 受給資格が消滅した理由

第 1 号様式 (第 6 条関係)

第 2 号様式 (第 7 条関係)

第 3 号様式 (第 7 条関係)

第 4 号様式 (第 8 条関係)

第 5 号様式 (第 8 条関係)

第 6 号様式 (第 8 条関係)

第 7 号様式 (第10条関係)

第 8 号様式 (第11条関係)

第 9 号様式 (第12条関係)