

○志賀町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則

平成17年9月1日

規則第63号

改正 平成24年4月1日規則第7号

平成27年10月30日規則第20号

平成27年12月28日規則第30号

(趣旨)

第1条 この規則は、志賀町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例（平成17年志賀町条例第120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。

(受給資格の登録)

第2条 条例第4条の規定により、給付を受けようとするひとり親家庭の父若しくは母又は養育者（以下「申請者」という。）は、ひとり親家庭等医療費受給資格登録申請書（様式第1号）を町長に提出して、医療費助成の受給資格の登録を受けるものとする。

2 申請者は、前項の申請書に、医療保険各法における被保険者証又は組合証の写し及び所得の状況を証する書類を添えなければならない。ただし、町長は公簿等により確認することができるときは、所得の状況を証する書類の添付を省略することができる。

3 受給資格の登録のときは、申請者の同意を得て、申請者の属する世帯の所得状況及び住民基本台帳を公簿等により確認することとする。

(受給資格証の交付)

第3条 町長は、前条の規定により登録された者（以下「受給資格者」という。）に対し、ひとり親家庭等医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）を交付するものとする。

2 受給資格証を破損、又は亡失したときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、再交付を受けるものとする。

3 第9条に規定する届出事項のうち、氏名及び住所に変更があったときは、受給資格証を更新するものとする。

(受給資格証の有効期限)

第4条 受給資格証の有効期限は、毎年9月30日とし、10月1日に更新するものとする。ただし、町長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、第10条の届出を行わない者及び条例第3条第2項第2号から第5号に該当することとなった者に対しては、更新しないものとする。この場合において、その者に対して更新を行わない旨を通知するものとする。

(受給の期間)

第5条 受給の期間は、受給資格証の交付日から条例第3条に規定する受給資格の要件を欠くに至った日までとする。

(受給資格証の提示)

第6条 条例第3条に規定する給付対象者（以下「給付対象者」という。）が、医療を受けるときは、医療機関に受給資格証を提示するものとする。

(給付の申請)

第7条 条例第4条に規定する給付の申請は、ひとり親家庭等医療費助成申請書（様式第4号）によるものとする。

(給付金の支払)

第8条 町長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る給付の額を決定し、速やかに申請者に支払うものとする。

2 給付は、受給資格の登録後に係る診療分で、当該診療を受けた日から起算して1年以内に申請があった場合に行うものとする。

(届出事項)

第9条 受給資格者は、第2条に規定する登録申請の内容に変更があったときは、ひとり親家庭等医療費登録内容変更届（様式第5号）を速やかに、町長に提出するものとする。

2 氏名及び住所の変更のときは、受給資格者の同意を得て、受給資格者の属する世帯の住民基本台帳及び所得状況を公簿等により確認することとする。

第10条 受給資格者は、ひとり親家庭等医療費受給資格現況届（様式第6号）を毎年8月1日から8月31日までの間に町長に提出するものとする。

2 現況届のときは、受給資格者の同意を得て、受給資格者の属する世帯の所得状況

及び住民基本台帳を公簿等により確認することとする。

(受給資格証の返還)

第11条 受給資格者は、給付対象者が条例第3条第2項の規定によりその受給資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を町長に返還するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年9月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、合併前の志賀町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則（平成14年志賀町規則第24号）又は富来町ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則（平成14年富来町規則第13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24年4月1日規則第7号）

(施行期日)

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行日の前日までに行われた医療費に係る給付については、従前の例によるものとする。ただし、当該給付金の請求については、平成25年3月31日までに行うものとする。

附 則（平成27年10月30日規則第20号）

この規則は、平成27年11月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日規則第30号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格登録申請書

年 月 日

志賀町長 様

申請者(父、母又は養育者)

住 所

電話番号

氏 名



対 象 者	父 又 は 母	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号			
		住 所		児童との続柄	
		職 業		勤務先	
	児 童	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号			
		住 所		男女の別	男 ・ 女
		住 所		男女の別	男 ・ 女
	児 童	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号			
		住 所		男女の別	男 ・ 女
		住 所		男女の別	男 ・ 女
児 童	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
	住 所		男女の別	男 ・ 女	
	住 所		男女の別	男 ・ 女	
養 育 者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
	住 所		児童との続柄		
	職 業		勤務先		
ひとり親家庭等の由	1 離婚 2 死亡 3 障害 4 生死不明 5 遺棄 6 海外 7 拘禁 8 未婚の親 9 その他 10 父母のいない児童				
振込先金融機関	金融機関名		支店等名		
	名義人		口座の種類		
	口座番号				
加入保険	記 号 番 号	発 行 機 関 名	所 在 地	付 加 給 付	
				・ あり ・ なし	

同 意 書

資格審査にあたり、申請者の属する世帯の所得状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。

申請者(父、母又は養育者)



様式第2号(第3条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費受給資格証						
登録番号						
申請者	住所					
	氏名					
受給者	氏名	性別	続柄	生年月日	備考	
有効期間	年	月	日	から	日まで	
	年	月	日	交付		
					志賀町長	印

(裏)

注 意 事 項	
1	この証は、志賀町ひとり親家庭等医療費給付に関する条例により給付を受けることができる証ですから大切に保管してください。
2	この証は、保険診療のみに適用されるので、診療を受けるときは保険証と一緒に病院等の窓口に出してください。
3	給付金を受けようとするときは、給付申請書に病院等発行の領収書(1箇月分)を添付して志賀町長に提出してください。
4	氏名、住所又は加入保険に変更を生じたときは、印鑑持参の上、必ず志賀町長に届け出てください。
5	本証を破ったり、汚したり、亡失したときは再交付を申請してください。
6	受給資格を喪失した場合は、交付を受けた志賀町長に、本証を速やかに返してください。

様式第3号(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書				
対 又 は 母	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		児童との 続柄	
	加入保険			
	上記の記号番号			
	上記の発行機関名			
象 者	児童 氏名		生年月日	
	住所			
	児童 氏名		生年月日	
	住所			
	児童 氏名		生年月日	
	住所			
	児童 氏名		生年月日	
	住所			
養 育 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		児童との 続柄	
	加入保険			
	上記の記号番号			
	上記の発行機関名			
ひとり親家庭等医療費受給者証を破損したため、再交付願いたく申請します。 亡失				
年 月 日				
				申請者 住所 氏名
志賀町長 様				④

様式第4号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費助成申請書 年 月 日 志賀町長 様 申請者 住所 氏名 ㊟ 次のとおり給付を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。							
申 請 額 (A-B)	一 部 負 担 金 等 の 額 計 A	控 除 額 の 内 訳			給 付 額 決 定 額	備 考	
		付 給 額	加 算 額	条 例 負 担 計 B			
受 資 格 給 者	登 録 番 号				加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名	
	氏 名					保 険 証 記 号 番 号	
対 象 者	氏 名				保 険 者 名		
	生 年 月 日	年 月 日					

様式第5号(第9条関係)

ひとり親家庭等医療費登録内容変更届			
変更事由	1 氏名 2 住所	3 加入保険	4 振込先金融機関
	5 受給資格の取得・喪失	6 その他	
氏名		住所 電話番号()	
個人番号			
加入保険	被保険者名	記号 番号	保険者名
	保険者番号	資格取得日 年 月 日	勤務先
振込先 金融機関	銀行名	支店名等	名義人
	種別	口座番号	
受給資格の 取得・喪失	氏名 及び生年月日 年 月 日	取得喪失事由	1 取得 年 月 日 2 喪失 年 月 日 (該当番号を○で囲む。)
	その他		備考
<p>注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。</p> <p>上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">受給資格者 住 所 電話番号 氏 名</p> <p>志賀町長 様</p>			

(氏名、住所の変更の人)

同意書

資格審査にあたり、受給資格者の属する世帯の所得状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。

受給資格者 _____ ㊟

様式第6号(第10条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格現況届

年 月 日

志賀町長 様

受給資格者
住 所
電話番号
氏 名

㊟

対 象 者	父 又 は 母	氏 名		生年月日	年 月 日	
		個人番号				
		住 所		児童との 続 柄		
		職 業		勤務先		
	児 童	児 童	氏 名		氏 名	
			個人番号		個人番号	
			住 所		住 所	
		児 童	氏 名		氏 名	
			個人番号		個人番号	
			住 所		住 所	
	養 育 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
		個人番号				
住 所			児童との 続 柄			
職 業			勤務先			
ひとり親家庭等の 事 由	1 離婚 2 死亡 3 障害 4 生死不明 5 遺棄 6 海外 7 拘禁 8 未婚の親 9 その他 10 父母のいない児童					
振込先金融機関	金融機関名		支店等名			
	名義人		口座の種類			
	口座番号					
加入 保険	記 号 番 号	発 行 機 関 名	所 在 地	付 加 給 付		
				・ あり ・ なし		

同 意 書

資格審査にあたり、受給資格者の属する世帯の所得状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。

受給資格者 _____ ㊟

様式第1号 (第2条関係)

様式第2号 (第3条関係)

様式第3号 (第3条関係)

様式第4号 (第7条関係)

様式第5号 (第9条関係)

様式第6号 (第10条関係)