

○武雄市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則

平成24年3月15日

規則第5号

改正 平成26年3月25日規則第11号

平成27年7月23日規則第27号

平成28年3月31日規則第10号

(趣旨)

第1条 この規則は、武雄市子どもの医療費の助成に関する条例（平成23年条例第17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。

(指定保険医療機関等)

第2条 条例第2条第8号の規則で定める指定保険医療機関等は、県内の保険医療機関等及び別表に定める県外の保険医療機関等とする。

(受給資格の申請)

第3条 条例第5条第1項の規定により受給資格の登録を受けようとする者は、子どもの医療費受給資格登録申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請の際には、条例第2条第5号に規定する社会保険各法による被保険者証又は組合員証（以下「被保険者証等」という。）を提示しなければならない。

(受給資格証の交付)

第4条 市長は、条例第2条第2号に規定する第1号対象者の保護者から前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、条例第3条に規定する助成対象者であると認めるときは、子どもの医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）を当該保護者に交付するものとする。

(受給資格証の返納)

第5条 受給資格証の交付を受けた者は、受給資格を喪失したときは、子どもの医療費受給資格証返納届（様式第3号）により市長に届け出るとともに、当該受給資格証を返納しなければならない。ただし、助成期間終了による場合は、この限りでない。

(受給資格証の再交付)

第6条 受給資格証の交付を受けた者は、当該受給資格証を紛失し、又は汚損し、若しくは破損したときは、子どもの医療費受給資格証再交付申請書（様式第4号）を市長に提出し、受給資格証の再交付を受けなければならない。この場合において、受給資格証の汚損又は破損による再交付を受けるときは、当該受給資格証を添付しなければならない。

ならない。

(受給資格の登録変更)

第7条 受給資格証の交付を受けた者は、次に掲げる受給資格の登録内容に変更が生じたときは、子どもの医療費受給資格登録変更届(様式第5号)を市長に提出し、受給資格証の変更交付を受けなければならない。

(1) その者が監護する子ども(以下「受給者」という。)の住所、氏名、性別及び生年月日

(2) 受給者に係る被保険者証の記載事項

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

2 前項の届出の際には、被保険者証等を提示しなければならない。

(助成の申請)

第8条 条例第6条第2項に規定する申請は、子どもの医療費助成申請書(様式第6号)により行うものとする。

2 前項の申請の際、市長が必要であると認める場合は次の書類を添付しなければならない。

(1) 保護者等の当該年度の課税の状況を証する書類。但し、4月～7月までの診療月の助成申請の場合は前年度の課税の状況を証する書類とする。

(助成金の給付)

第9条 市長は、前条の規定に基づく申請書を受理したときは、速やかに内容を審査し、申請者に助成金を給付するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成24年4月1日から施行し、同日以後の医療費に係る医療費の助成について適用する。

(武雄市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の廃止)

2 武雄市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則(平成18年規則第84号)は、廃止する。

(武雄市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の廃止に伴う経過措置)

3 この規則の施行の日の前日までの医療に係る医療費の助成については、廃止前の武雄市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の例による。

附 則(平成26年規則第11号)

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、別表の改正規定は、平成26年4月1日から施行する。

2 改正後の武雄市子どもの医療費の支給に関する条例施行規則別表の規定は、平成26年4月1日以後の医療に係る医療費の助成について適用する。

附 則（平成27年規則第27号）

この規則は、平成27年8月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第10号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

別表（第2条関係）

保険医療機関等の名称	所在地
久留米大学病院	福岡県久留米市旭町67番地
医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院	福岡県久留米市津福本町422番地
福岡市立こども病院・感染症センター	福岡県福岡市中央区唐人町二丁目5番1号
佐世保市立総合病院	長崎県佐世保市平瀬町9番地3
国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院	長崎県佐世保市島地町10番17号

様式第1号(第3条関係)

子どもの医療費受給資格登録申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所 武雄市
(保護者)

氏名 (印)
連絡先 ()

受給者に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり、子どもの医療費受給資格の登録を申請します。

受給者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	個人番号			
加入医療保険	記号・番号	・		
	被保険者氏名・個人番号	・		
	保険者番号			
	保険者名称			
	資格取得年月日	年 月 日		
	付加給付	有 ・ 無		
	被保険者住所	(※受給者と住所が異なる場合にのみ記入)		
振込口座	金融機関名		店番 口座番号	
	銀行	本店	—	
	金庫	支店	フリガナ	
	組合	出張所	フリガナ	
		支所	名義人	
※未就学児童のみ記入	同意書			
	助成額の決定に際して、武雄市が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。			
	武雄市長 様		(被保険者) 氏名 (印)	

※未就学児童：満6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者。

市役所処理欄			
受給者番号		世帯コード	
資格取得事由	出生 ・ 転入	資格取得年月日	平成 年 月 日
交付年月日	年 月 日		交付 ・ 郵送
備考			

様式第2号（第4条関係）

（表）

子どもの医療費受給資格証										
受給者番号										
受給者	氏名									
	生年月日	年 月 日						男・女		
	住所									
有効期限				年	月	日から				
				年	月	日まで				
交付年月日				年	月	日				
発行機関名及び印	佐賀県			武雄市			印			
公費負担者番号	8	1	4	1	0	0	6	0		

（裏）

注 意 事 項									
<p>1 この証は、子どもの医療費の助成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。</p> <p>2 保険医療機関等で受給者が治療を受ける場合は、その窓口で被保険者証(又は組合員証)とともに、この証を提示してください。</p> <p>3 保険医療機関等（薬局を除く。）及び保険者ごとに、入院にあつては1月につき1,000円を負担し、入院外にあつては1月につき500円を上限に2回目まで負担してください。</p> <p>4 医療保険の給付対象とならないものは、本人の負担となります。</p> <p>5 この証は、県内の保険医療機関等及び市が定めた県外の保険医療機関等で利用できます。</p> <p>6 受給者の住所、氏名、加入医療保険又はその内容に変更があつた場合は、変更の手続をしてください。</p> <p>7 転出等の理由により受給資格を喪失した場合は、速やかに返納してください。 詳しくは、下記にお尋ねください。</p>									
武雄市くらし部福祉課 電話番号									

様式第3号（第5条関係）

子どもの医療費受給資格証返納届

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名 ㊟
(受給者との続柄)

次の受給者に係る子どもの医療費受給資格証を返納します。

受給者番号			
受給者	フリガナ		生年月日
	氏名	男・女	年 月 日
	住所		
返納の理由	該当する番号に○を付けてください。 1 転出 2 死亡 3 その他()		
備考		世帯コード	

様式第4号（第6条関係）

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 ㊤
(受給者との続柄)

次の受給者に係る子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給者番号					
受給者	フリガナ		男・女	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所				
再交付の理由 (具体的に)	1	紛失			
	2	汚損・破損			
	3	その他			
備考				世帯コード	

様式第5号（第7条関係）

子どもの医療費受給資格登録変更届

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名 ㊟
 連絡先 ()

次のとおり子どもの医療費の受給資格が変更になりましたので届け出ます。

		変更年月日	年 月 日
受給者	フリガナ		性 別
	氏 名		生 年 月 日
	住 所	武雄市	年 月 日
加入医療保険	記 号 ・ 番 号		・
	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 名		
	資 格 取 得 年 月 日		年 月 日
	付 加 給 付		有 ・ 無
	備 考		
振込口座	金 融 機 関 名		店 番 一 口 座 番 号
	銀行	本 店	—
	金庫	支 店	フリガナ
	組合	出張所 支 所	名義人
※未就学児童のみ記入	同 意 書		
	助成額の決定に際して、武雄市が住民税課税台帳の閲覧及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また、高額療養費の申請に係る必要な証明書の請求及び受領を委任します。		
	武雄市長 様	(被保険者)	氏 名 ㊟

※未就学児童：満6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者

市役所処理欄	
受給者番号	世帯コード
変更事由	
交付年月日	年 月 日 交付 ・ 郵送
備 考	

子どもの医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名 ㊟
連絡先 ()

次のとおり医療費の助成を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

資格証番号 (小・中学生は記入不要)		加入 保 険	記号・番号	・
患者氏名			被保険者氏名	
生年月日	年 月 日生		保険者番号	
小・中学生 のみ記入	同意書（一部負担金が21,000円を超えている方のみ） 助成額の決定に際して、住民税課税台帳の閲覧及び保険者に高額療養費等の支給状況等を確認されることに同意します。			
	被保険者氏名 ㊟			
	1 学校での負傷疾病 () ①はい () ②いいえ 2 振込口座 () ①下記口座 () ②前回申請時の口座 ※ 必ず○を記入してください。			
	振込先金融機関名		店番	口座番号
銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所 支所	フリガナ 名義人	

[医療機関等記入欄]

保険診療額（領収）証明						
患者氏名						
診療月	年 月分（入院がある場合は、入院日数 日）					
	入院	入院外			合計	調剤
		(月の初回)	(月の2回目)	(月の3回目以降)		
保険診療 総点数	点	点	点	点	点	点
公費負担 点数	点	点	点	点	点	点
保険診療 一部負担額	円	円	円	円	円	円
訪問看護 利用料	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円	(日) 円
	上記の金額を領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 医療機関等名 ㊟					

- (注) 1 この申請書は、医療機関等（総合病院は歯科、歯科以外）ごと、月ごとに1枚です。診療を受けた日の属する月の翌月から起算して1年以内に申請してください。
2 申請書は、診療の翌月以降に提出ください。
3 申請書には、医療機関等の「証明」又は領収書の添付が必要です（レシート不可）。

[市記入欄]

	給 付 決 定 額			
	一部負担額	高額療養費	付加給付	自己負担額
保険診療	円	円	円	円
訪問看護 利用料	円	円	円	円

様式第 1 号 (第 3 条関係)

様式第 2 号 (第 4 条関係)

様式第 3 号 (第 5 条関係)

様式第 4 号 (第 6 条関係)

様式第 5 号 (第 7 条関係)

様式第 6 号 (第 8 条関係)