

○志賀町子どもの医療費助成条例施行規則

令和2年12月15日

規則第28号

志賀町乳幼児・児童医療費助成に関する条例施行規則（平成17年志賀町規則第62号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、志賀町子どもの医療費助成条例（令和2年志賀町条例第32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 この規則において使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

（受給資格者証の交付申請）

第3条 条例第5条第1項に規定する申請は、子どもの医療費受給資格者証交付申請書（様式第1号）に医療保険各法に定める被保険者又は被扶養者であることを証する書類を提示して行うものとする。ただし、条例第3条第2項第1号に該当する者として申請する場合にあっては、他に就学を証明する書類を添付しなければならない。

2 町長は、前項の申請があった場合において、条例第3条に規定する助成対象者に該当すると認めたときは、助成対象者に志賀町子どもの医療費受給資格者証（様式第2号。以下「受給資格者証」という。）を交付するものとする。

（申請に基づく助成の方法）

第4条 条例第6条第3項に規定する助成を受けようとするときは、受給資格者が子どもの医療費助成申請書（様式第3号）に一部負担金等を支払ったことを証する領収書又はこれに準ずる書類を提示又は添付して町長に申請するものとする。

（助成金の支給）

第5条 町長は、前条の申請があったときは、助成の要件等を審査及び確認の上、助成額を決定し、受給資格者が指定した口座に振り込むものとする。

（届出等）

第6条 受給資格者は、受給資格者証に記載されている氏名若しくは住所又は子どもの加入する健康保険に変更があったときは、子どもの医療費受給資格内容変更届（様

式第4号)に受給資格者証を添えて行わなければならない。

- 2 受給資格者は、助成の事由となった疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであるときは、第三者行為傷病届(様式第5号)により行わなければならない。

(受給資格者証の再交付)

第7条 受給資格者が、受給資格者証を破損又は紛失したときは、速やかに子どもの医療費受給資格者証再交付申請書(様式第6号)により町長に提出して、再交付を受けるものとする。この場合において、受給資格者証を紛失したときを除き、破損した受給資格者証を添えて提出しなければならない。

- 2 受給資格者は、受給資格者証の再交付を受けた後において、紛失した受給資格者証を発見したときは、速やかにこれを町長に返還しなければならない。

(受給資格者証の返還)

第8条 受給資格者がその資格を喪失したときは、速やかに受給資格者証を町長に返還しなければならない。

(雑則)

第9条 この規則に定めるもののほか、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、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の志賀町子どもの医療費助成施行規則の規定は、令和3年4月1日以降の保険診療に係る医療費について適用し、同日前の保険診療に係る医療費については、なお従前の例による。

(準備行為)

- 3 この規則による改正後の規定に係る手続及びその他規則を施行するために必要な準備行為は、この規則の施行日前においても行うことができる。

様式第1号 (第3条関係)

子どもの医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 下  
住 所  
氏 名  
電話番号

子どもの医療費助成受給資格の認定を受けたいので、申請します。

子ども	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏 名			性 別	男・女	就学による 町外対象者	<input type="checkbox"/>
	住 所			受給資格者 番 号			
	資格取得 年月日	年 月 日					
保護者	氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	□申請者に同じ		個 人 番 号			
	子どもとの 続 柄			電 話 番 号			
	配 偶 者	氏 名			住 所	□申請者に同じ	
個人番号							
加入保険	記号番号			保 険 者 号			
	被保険者 氏 名						
	保険者名						
振込口座	口座名義 (保護者名義)	銀 行	本 店	口 座 種 別	1 普 通 2 当 座		
		信用金庫	支 店	口 座 番 号			
		農 協	支 所				
		信 漁 連	出 張 所				
		〈カタカナで記入〉					

※ 志賀町に住所を有する保護者の被扶養者であって、就学のために転出し、その転出先自治体において医療費助成の対象とならない場合に申請するときは、就学を証明する書類（在学証明書、学生証の写し等）を添付すること。

同意欄	<p>子ども医療費助成の受給資格認定のため、志賀町が世帯全員の税情報その他必要な事項について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名(申請者)</p>
-----	--

様式第2号（第3条関係）

（表）

志賀町子どもの医療費受給資格者証		
公費負担者番号		
受給資格者番号		
子ども	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
自己負担金	入院・通院・保険調剤 無料	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで	

上記の者は、志賀町子どもの医療費助成制度の規定により、医療費の一部を助成する者であることを証明する。

志賀町長 印

（裏）

注 意 事 項
1 この証は、医療費の助成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 医療機関等で受診するときは、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を医療機関等の窓口へ提示してください。
3 健康保険が適用されないもの（入院時の差額ベッド代や食事代等）は、助成対象外です。全額医療機関等の窓口で支払ってください。
4 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、この証を添えて届け出てください。
5 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額又は一部を返還しなければならないことがあります。
6 公費負担医療である養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療等に該当するときは、公費負担医療が優先されます。
7 学校や保育所等での負傷や疾病などの治療で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる可能性がある場合は、この証を使用しないでください。

様式第3号 (第4条関係)

子どもの医療費助成申請書 (償還払用)

年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 〒  
住 所  
氏 名  
電話番号

子どもの医療費助成を受けたいので、領収書を添付して申請します。

領収書枚数 枚

受給資格者番号											被保険者氏名		
子 ど も	ふりがな										加 入 保 険	保険証記号番号	
	氏 名											保 險 者 名	
	生年月日		年		月		日						
	性 別	男 ・ 女											
本人負担額		高額療養費・付加給付				助成額							
①		②				①-②=③							
円		円				円							

- 1 保険適用されない場合 (薬の容器代、予防接種、文書料、入院時の食事療養費や差額ベッド代など) は助成の対象外です。
- 2 高額療養費や家族療養付加給付金が支払われる場合は、助成額から差し引きますので、先に加入の健康保険に手続きを済ませ、健康保険が発行した支給決定通知書等を添えてください。
- 3 次の場合は、医療機関の窓口で受給資格証を提示しないでください。  
交通事故など、第三者行為による診療の場合  
学校や保育園等の負傷など、日本スポーツ振興センターの給付金対象となる場合
- 4 支払通知書は送付いたしませんので、振込後口座の確認をお願いします。

様式第4号 (第6条関係)

子どもの医療費受給資格内容変更届

年 月 日

志賀町長 様

(届出者) 千

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。

ふ り が な 子 ど も 氏 名		受給資格者番号		年 月 日	
		生 年 月 日		年 月 日	
変 更 事 由		1 氏名 2 住所 3 保護者 4 加入保険 5 振込先 6 その他		事由発生日 年 月 日	
変 更 項 目		新		旧	
氏 変 更	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者				
住 所	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者				
保 護 者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養育者				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
	個人番号				
加 入 保 険	被保険者氏名	被保険者住所			
	記号・番号			保 險 者 番 号	
	保 險 者 名 称 (発行機関)			認 定 日 年 月 日	年 月 日
(申請者の口座) 振込先	銀 行 信用金庫 農 協 信 漁 連	本 店 支 店 支 所 出張所	口座 種別	1 普 通 2 当 座	
			口座 番号		
	口座名義	<カタカナで記入>			
その他					

- 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 加入保険変更の場合、健康保険証の写しを添付してください。  
 3 振込先変更の場合、通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

様式第5号（第6条関係）

第三者行為傷病届

年 月 日

志賀町長 様

(届出者) 〒  
住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届出します。

ふりがな 子ども (被害者)	氏 名	性 別	生 年 月 日	受給資格者証番号			
		男・女	年 月 日				
第三者(加害者)	住所						
	氏名						
	生年 月日	年 月 日					
被害の内容							
傷病の状況							

様式第6号（第7条関係）

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 千  
住 所  
氏 名  
電話番号

子どもの医療費受給資格者証を（ 紛失 ・ 破損 ）したので、再交付を申請します。

受給資格者番号		※ 町処理欄	窓口 ・ 郵送
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所			

※ 破損の場合、受給資格者証を返却してください。



様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第3条関係)

様式第3号 (第4条関係)

様式第4号 (第6条関係)

様式第5号 (第6条関係)

様式第6号 (第7条関係)