

志賀町子どもの医療費助成条例施行規則

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）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に係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等変更届（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亡失したときは、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、受給資格者証を亡失したときを除き、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条例施行規則の規定は、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。

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 宛て

(申請者) ㊦

住 所

氏 名

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					
	住所		性別	男・女	就学による 町外対象者	<input type="checkbox"/>
	資格取得 年月日	年 月 日		受給資格者 番号		
保護者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
個人番号						
加入保険	記号番号		保険者 番号			
	被保険者 氏名					
	保険者名					
振込 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座種目	1 普通 2 当座 3 その他		
	金融機関コード	店舗コード	口座番号			
	口座名義 (保護者名義)	〈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	子ども医療費助成の受給資格認定のため、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。
	年 月 日 氏名(申請者)

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	志賀町
	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 間	年 月 日から	年 月 日

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。

年 月 日交付

志賀町長



（裏）

注 意 事 項

子どもの医療費助成申請書 (償還払用)

年 月 日

志賀町長 宛て

(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				加入 保 険	被保険者氏名	
子 ど も	ふりがな				保険証記号番号	
	氏 名				保 険 者 名	
	生年月日	年	月			
	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		

(注意事項)

子どもの医療費受給資格内容変更届

年 月 日

志賀町長 宛て

(届出人) 〒
住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。

記

子ども	受給資格者番号						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日					
届出事由	住 所	1 氏名変更 2 住所変更 3 加入保険変更 4 振込口座変更 ◎事由発生年月日（加入保険変更の場合は資格取得年月日） 年 月 日					
受給資格者	氏 名						
	住 所						
加入保険	被保険者氏名				対象者との 続 柄		
	記号・番号			保険者番号			
	保険者名称 (発行機関)						
振込先(資格者の口座)	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 出張所		口座 種目	1 普通 2 当座 3 その他		
	金融機関コード	店舗コード		口座番号			
	口座名義		〈カタカナで記入〉				

注 1 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。
2 振込先変更の場合、通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

第三者行為傷病届

年 月 日

志賀町長 宛て

(届出人) 〇
住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届出します。

記

子 ども (被害者)	氏 名	性別	生 年 月 日	受 給 資 格 者 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							

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 宛て

(申請者) 干
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。