

聖籠町妊産婦及び子どもの医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年4月1日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第22号

聖籠町妊産婦及び子どもの医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

聖籠町妊産婦及び子どもの医療費助成に関する条例施行規則（昭和58年聖籠町規則第6号）の一部を次のように改正する。

第4条中「忘失」を「亡失」に改める。

第5条第2項を削る。

第6条第1項中「第7条第1項第1号及び第2号又は同条第3項」を「第7条第1項から同条第3項まで」に改め、「（訪問看護は除く）」を削り、「第5号の1」を「第5号」に改め、同条第2項中「受給者は対象乳児・児童が助成を受けられない場合及び条例第7条第1項第3号に規定する助成を受けようとする場合には乳児・児童にあつては」を「受給者は、対象乳児・児童が助成を受けられなかった場合並びに対象乳児・児童が条例第7条第1項第3号、同条第2項及び第3項に規定する助成を受けようとする場合は」に改め、同項ただし書中「当該柔道整復師」の次に「に」を加え、「柔道整復施術師」を「柔道整復師」に改め、同条第3項及び第4項中「第5号の2」を「第5号」に改める。

別記様式第1号の1を次のように改める。

別記様式第1号の1(第2条関係)

No. _____

(子) 子ども医療費受給者証交付申請書							
(受給申請者) (保護者)	ふりがな			性 別	男・女	子ども との続柄	
	氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所						
	職 業		勤務先	☐			
子 ど も	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	性 別	男・女	男・女	男・女	男・女		
	出生順位	第 子	第 子	第 子	第 子		
	住 所 (受給申請者 と同じ場合 は省略可)						
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号						
	政・組・(一般・退職)・船・共・国保						
	被保険者(世帯主) 氏 名						
	保 険 者 名						
	保 険 者 住 所						
	標準負担額減額認定証 の 有 無	有 ・ 無 (有効期限 年 月 日)					
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: right;">TEL (自宅) (携帯)</p> <p>聖籠町長 様</p>							

(注) 1 申請の際必ず子どもの保険証、標準負担額減額認定証(保険者から交付された者に限る)を提示してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

別記様式第1号の2を次のように改める。

別記様式第1号の2(第2条関係)

No. _____

(妊) 妊産婦医療費受給者証交付申請書				
(受給申請者) (妊産婦)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		分娩予定日	年 月 日
	住所			
	職業		勤務先	番
加入 保 険	記号・番号			
	政・組・(一般・退職)・船・共・国保			
	被保険者(世帯主)氏名			
	保険者名			
	保険者住所			
	付加給付の有無	有・無 (有効期限 年 月 日)		
	標準負担額減額認定証の有無	有・無 (有効期限 年 月 日)		
振込指定機関	金融機関名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号等	普通 当座
	支店名	本店・_____支店	フリガナ	
			口座名義人	
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">TEL (自宅) (携帯)</p> <p>聖籠町長 様</p>				

(注) 1 申請の際必ず保険証、標準負担額減額認定証(保険者から交付された者に限る)及び母子健康手帳を持参してください。

2 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

別記様式第3号の1を次のように改める。

別記様式第3号の1(第3条関係)

表		裏	
聖籠町 子ども 医療費受給者証		注意事項	
子	公費負担者番号①	9	0 1 5
	公費負担者番号②	9	1 1 5
	受給者番号		
	保 険 者		
受給者氏名		<ol style="list-style-type: none"> この証は大切に保管してください。 県内の医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口に掲示してください。 なお、県外の医療機関においてはこの証は使えません。 通院の一部負担金として、月の初日のみ 円(ただし、その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額)を支払ってください。入院の一部負担金として、1日につき 円となります。訪問看護の一部負担金として、1日につき 円となります。一部負担金は、受給期間内においても変更となる場合があります。 受給資格を喪失した場合やこの証の記載内容に変更が生じた場合は速やかに聖籠町へ届け出てください。 他市町村に転出の場合は、転出先の市町村から新たに受給者証の交付を受けてください。 その他、分からないことがあったら、聖籠町に聞いてください。 	
子ども氏名			
子ども生年月日			
子ども住所			
有効期間			
発行機関名及び印			
交付年月日			
備 考		医療機関ごとに月2回目以降の通院の保険適用分は窓口無料です。	

※1 用紙は、原則として日本工業規格B列7番1連90kg白色とする。

※2 印刷は、原則として黒色によるものとする。

別記様式第3号の2を次のように改める。

別記様式第3号の2(第3条関係)

受 給 者 証		注 意 事 項	
受給者番号		年度第 号	
受給資格者 (妊産婦)	住 所	聖籠町大字	
	氏 名		
	分娩予定日	年 月 日	
受給期間	始 期	年 月 日	
	終 期	年 月 日	
	出産年月日	年 月 日	
発行機関名及び印		新潟県北蒲原郡聖籠町 聖籠町長 印	
交付年月日		年 月 日	
<p>医療費の助成申請について</p> <p>医療機関等で受療後、下記のものを持参し、聖籠町に助成申請してください。申請期間は受療した月の末日から6か月以内です。なお、保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、申請時に提示してください。</p> <p>①印鑑 ②領収書 ③受給者証(この証) ④通帳など振込先金融機関の情報がわかるもの</p>			
<ol style="list-style-type: none"> この証は、医療機関等に受診した際、聖籠町から保険の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから大切に保存してください。 この証の記載事項に変更が生じた時及び加入している医療保険等に変更が生じたときは、すみやかに聖籠町に届け出てください。 受給期間が経過したら、すみやかに聖籠町に届け出てください。 その他、わからないことがあったら、聖籠町に聞いてください。 			

別記様式第4号の1を次のように改める。

別記様式第4号の1(第4条関係)

No. _____

㊦ 子ども医療費受給者証再交付申請書					
受給者 (保護者)	氏名			子どもの 続柄	
	住所				
子ども	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	再交付 事由	破損・亡失	破損・亡失	破損・亡失	破損・亡失
加入 保険	被保険者氏名				
	記号・番号				
	保険者名				
<p>上記のとおり子ども医療費受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: right;">TEL (自宅)</p> <p style="text-align: right;">(携帯)</p> <p>聖籠町長 様</p>					

- (注) 1 申請の際は、子どもの保険証を提示してください。
 2 記名押印に代えて署名することができます。

別記様式第5号の1及び第5号の2を削る。
 別記様式第4号の2の次に次の1様式を加える。

別記様式第5号（第6条関係）

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所
 氏名 印
 TEL（自宅）
 （携帯）

次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号		保 険 者 名	
受 給 者 氏 名		記 号 ・ 番 号	
		被 保 険 者 氏 名	
振込 指定 機関	金融機関名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号等 普通 当座
	支 店 名	本店・ _____ 支店	フリガナ 口座名義人
聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、必要に応じて医療機関又は保険者に 当該診療内容を照会することに同意します。 氏名（受給者） 印			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に妊産婦医療費助成金の受け取りを委任します。 平成 年 月 日 氏名 印

- 1 助成申請の際は妊産婦医療費受給者証、医療機関から発行された領収書、加入している保険証を提示すること。
- 2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。
- 3 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。
- 4 記名押印に代えて署名することができます。

※町使用欄	助成対象月												助成決定額 円
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

別記様式第7号を次のように改める。

別記様式第7号(第8条関係)

No. _____

㊦ 子ども医療費受給資格内容等変更届						
受給者	ふりがな			性別	男・女	
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所			子どもの続柄	父・母 その他()	
	職業		勤務先	合		
子ども	ふりがな					
	氏名					
加入保険	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	被保険者氏名					
	記号・番号					
	保険者名					
	所在地					
	標準負担額減額認定証の有無	有・無 (有効期限 年 月 日)				
変更事由 (該当箇所を○)		加入保険・住所・受給者・その他()				
変更箇所のみ記入項	転居前の住所					
	受給者(旧)	ふりがな			性別	男・女
		氏名			生年月日	年 月 日
		住所			子どもの続柄	父・母 その他()
その他						
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えて届け出ます。						
年 月 日						
申請者 住所						
氏名 印						
TEL (自宅) (携帯)						
聖籠町長 様						

(注) 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

別記様式第8号を次のように改める。

別記様式第8号(第6条関係)

(受給者が記入してください)

制度種別	果老	果障	果親	果子	
果単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					
聖籠町長 様					年 月 日
住所					
申請者 氏名 印					
下記のとおり金 円(療養月 年 月分)の医療費の助成を申請します。					
上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
代理人住所 代理人氏名 印					
受給者証番号				保険者名	
受給者氏名				記号・番号	
受療者氏名				被保険者氏名	
自己負担割合	3割	2割	1割		
振込指定 金融機関名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※	他法負担額	一部負担金額		決定額	

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照

注3 記名押印に代えて自署することができます。

(柔道整復師が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)					
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	果単一部負担金領収 済額 C	果単医療費助成額 B-C	
1日目	円	円	円	円	
2日目	円	円	円	円	
3日目	円	円	円	円	
4日目	円	円	円	円	
5日目以降	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	
他法負担 等の有無	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・母子保健法・児童福祉 法・その他()		公費分費用		
			患者負担額(公費分)		
上記のとおり果単一部負担金を領収しました。					
年 月 日					
所在地 柔道整復師 名称 氏名 印					
様					

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入してください。

別記様式第8号

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

〈県老の場合〉

- 療養に要した費用の1割若しくは2割

〈県障・県視・県子の場合〉

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその
際の自己負担額が 円に満たないときは当該額。ただし、0歳から
満15歳に達した日の属する年度の末日までの期間は、月の初日のみ)

2 不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に交付された改正前の様式は、当分の間、これを使用できるものとする。