

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。

平成二十三年三月三十一日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第十五号

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（昭和五十八年三月二十九日聖籠町規則第六号）の一部を次のように改正する。

第三条第二項第一号を次のように改める。

一 対象乳児・児童が医療保険各法に規定する被扶養者の場合は、別記様式第三号の一の受給者証

第三条第二項第二号を削り、同項第三号中「別記様式第三号の三」を「別記様式第三号の二」に改め、同号を同項第二号とする。

第六条第一項中「受給者」を「対象妊産婦」に改め、「対象乳児・児童にあつては、別記様式第五号の一による単医療費助成金請求内訳書（以下「請求内訳書」という。）を提出しなければならない。ただし、国民健康保険の被保険者の場合は、請求内訳書の提出は不要とし、妊産婦にあつては「及び」の「二」を削り、同条第二項中「前項により」を削る。

別記様式第三号の一を次のように改める。

別記様式第三号の一（第三条関係）

| 表  |         | 裏 |    |
|--|---------|---|----|
| <b>聖籠町 子ども 医療費受給者証</b>   |         |   |    |
| 県子   | 公費負担者番号 | 6 | 5  |
|  | 受給者番号   | 5 | 1  |
|  | 保険者     | 5 | 5  |
| 受給者氏名  |         |   |    |
| 子ども氏名  |         |   |    |
| 子ども生年月日  |         |   | 性別 |
| 子ども住所  |         |   |    |
| 受給期間   | 入院      |   |    |
|  | 通院      |   |    |
| 発行機関名及び印   |         |   |    |
| 交付年月日  |         |   |    |
| <b>注意事項</b>  |         |   |    |
| 1 この証は大切に保管してください。   |         |   |    |
| 2 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表示してください。<br>なお、県外の医療機関においてはこの証は使えません。                                     |         |   |    |
| 3 通院の一部負担金として、月の初日から4回目まで受診日ごとに円（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。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。 |         |   |    |
| 4 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市町村へ届け出てください。  |         |   |    |
| 5 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。   |         |   |    |
| 6 その他、分からないことがあったら、市町村に聞いてください。  |         |   |    |

※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。

別記様式第三号の二を削り、別記様式第三号の三を別記様式第三号の二とする。

別記様式第五号の一を削り、別記様式第五号の二を別記様式第五号とする。

別記様式第六号の一を次のように改める。

別記様式第六号の一（第六条関係）

（表）  
 様式第6号の1（第6条関係）  
 聖籠町子ども医療費助成申請書  
 年 月 日

聖籠町長 様  
 申請者 住所  
 氏名 印

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

|                |           |       |
|----------------|-----------|-------|
| 受給者番号          | 保険者名      |       |
| 受給者氏名          | 記号・番号     |       |
| 受療者氏名<br>（子ども） | 被保険者氏名    |       |
| 受診<br>医療機関名    | 受診年月      | 年 月   |
| 振込指定<br>金融機関   | 銀行・信組     | 口座番号  |
|                | 金庫・農協     | フリガナ  |
|                | 支店<br>出張所 | 口座名義人 |

（注）1 氏名を自署する者は、押印を省略することができます。  
 2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
 3 \* は医療機関ごとに1枚必要です。

|        |   |
|--------|---|
| 市町村施設類 |   |
| 助成決定額  | 円 |

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと。.....  
 （ 年 月診療分）

|             | 保険診療点数                                   |               | 一部負担額      |       |
|-------------|--|---------------|------------|-------|
|             | 点  | 円             | 円          | 円     |
| 外来<br>調剤    | 月の初回受診日                                  |               |            |       |
|             | 月の2回目受診日                                 |               |            |       |
|             | 月の3回目受診日                                 |               |            |       |
|             | 月の4回目受診日                                 |               |            |       |
|             | 月の5回目以降                                  |               |            |       |
| 合 計         |  |               |            |       |
| 入院          | 入院日                                      | 年 月 日 ~ 年 月 日 |            |       |
|             | 入院日数                                     | 日             | 保険診療点数     | 一部負担額 |
|             | 食事療養を受けた回数                               | 日             | 点          | 円     |
| 訪問看護        | 利用日数                                     | 日             | 当月分療養費     | 円     |
| 他法負担<br>の有無 | 障害者自立支援法、特定医療給付等研究事業、市<br>行医療費、児童福祉法、その他 | 日             | 公費分点数      | 点     |
|             |  |               | 患者負担額（公費分） | 円     |

上記のとおり領収しました。  
 年 月 日  
 様（受給者氏名）  
 医療機関等 所在地  
 名称 名称  
 氏名 氏名 印

（注）1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担適用後の金額を記入してください。  
 （医療保険適用外の額を含めないこと）  
 2 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

附 則

（施行期日）  
 1 この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。  
 （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。

（裏）  
 注意事項  
 1 助成申請額の計算方法  
 (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付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。  
 なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。  
 ア 外来の場合は月の初回から4回目まで受診日ごとに 円（その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額）を控除した額が申請額となります。  
 イ 入院の場合は入院した1日につき 円を控除した額が申請額となります。  
 ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき 円で計算した額を控除した額が申請額となります。  
 (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。  
 この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。  
 2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。  
 (例)  
 (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合 1枚  
 (2) 外来と入院の場合 2枚  
 (3) 外来と入院、再入院の場合 2枚  
 (4) 外来と入院と訪問看護の場合 3枚  
 3 不明の点は、市町村の担当窓口へおたずねください。