

聖籠町ひとり親家庭等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31年2月26日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町規則第5号

聖籠町ひとり親家庭等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

聖籠町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則（平成3年聖籠町規則第1号）の一部を次のように改正する。

別記様式第2号（第3条関係）を次のように改める。

別記様式第2号(第3条関係)

(表)

聖籠町受給者証																				
64 県親	公費負担者番号①																			
	公費負担者番号②																			
	受給者番号																			
	保険者																			
受給者	氏名																			
	生年月日																		男・女	
	備考																			
申請者	氏名																			
	住所																			
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで																		
発行機関		新潟県北蒲原郡 聖籠町長																		
交付年月日		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。																		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口に掲示してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提示してください。
- 3 一部負担金について
  - ・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には当該額)を支払ってください。ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ一部負担金を支払ってください。
  - ・入院の場合は、1日につき 円を支払ってください。
  - ・訪問看護の場合は、1日につき 円を支払ってください。なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について  
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、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口に掲示してください。
- 5 次の場合は、速やかに町の担当窓口へ届け出てください。
  - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
  - (2) 医療保険の種類又は医療保険証若しくは標準負担額減額認定証の記載事項に変更があったとき。
  - (3) 受給者の資格がなくなったとき。
  - (4) 生活保護の決定を受けたとき。
  - (5) 新たに監護し、又は養育する児童を有するに至ったとき。
  - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
  - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
  - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証を添付して町の担当窓口で手続きをしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりですので、8月1日から8月31日までの間に、町の担当窓口で更新の手続きをしてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

別記様式第6号(第8条関係)を次のように改める。

別記様式第6号(第8条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

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	
受診医療機関名		被保険者氏名	
受診年月		受診年月	年 月
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	口座番号 フリガナ 口座名義人

注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。

2 " 医療機関ごとに1枚必要です。

町確認欄

県親助成決定額	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	支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合計	点	円
入院	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	食事療養を受けた回数	点	円
訪問看護	利用日数	回	うち長期該当
	日	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
他法負担の有無	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( )		

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地

医療機関等 名称  
氏 名

印

※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の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)。

※ 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。

(裏)

注 意 事 項

1 助成額の計算方法

(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助成額となります。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、月の初日から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)

ただし、0歳から18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ。

イ 入院の場合は入院した1日につき 円で計算した額。

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。

(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 不明な点は、町の担当窓口へおたずねください。

別記様式第6号の2（第8条関係）を次のように改める

別記様式第6号の2(第8条関係)

(表)

制 度 種 別	県老	県障	県親	県子	
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					年 月 日
聖籠町長	様				住 所 申請者 氏 名
下記のとおり金 円(診療月 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
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。

(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	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額 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)		
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。					
年 月 日					
様			所在地 柔道整復師 名 称 氏 名	印	

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)を記入すること。

(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

<県障・県親・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18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初日のみ。

- 2 不明な点は、町の担当窓口へおたずねください。

## 附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に使用しているこの規則による改正前の別記様式第2号、別記様式第6号及び別記様式第6号の2の用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。