

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31年2月27日

聖籠町長 西 脇 道 夫

聖籠町規則第7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。

別記様式第1号の1（第2条関係）を次のように改める。

	課長	課長補佐	係長	係
※町使用欄				

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	ふりがな		性別 男・女
	氏名		生年月日 年 月 日
	住所	聖籠町大字	子どもとの続柄
	職業		
子ども	ふりがな		性別 男・女
	氏名		生年月日 年 月 日
	住所	聖籠町大字	
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		
	負担割合		
	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;">住所 聖籠町大字 申請者 氏名 ㊟ 電話番号 (- -)</p> <p>聖籠町長 様</p>			

(注) 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提示してください。

別記様式第1号の2（第2条関係）を次のように改める。

	課長	課長補佐	係長	係
※町使用欄				

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	本人	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名		分娩予定日	年 月 日	
		住所	聖籠町大字 ㊦			
		職業		勤務先	㊦	
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	負担割合			
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		口座番号			
	口座名義人					
上記のとおり受給者証の交付を申請します。						
年 月 日 住所 聖籠町大字 申請者 氏名 ㊦						
聖籠町長 様						

(注) 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提示してください。

別記様式第4号の1（第4条関係）を次のように改める。

	課長	課長補佐	係長	係
※町使用欄				

別記様式第4号の1(第4条関係)

No. _____

子 子ども医療費受給者証再交付申請書				
受給者	氏名		子ども との続柄	
	住所	聖籠町大字		
子ども氏名			生年月日	年 月 日
加 入 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号			
	保険者名			
<p>子ども医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。 亡失</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 聖籠町大字 申請者 氏名 印</p> <p>聖籠町長 様</p>				

別記様式第6号の1（第6条関係）を次のように改める。

別記様式第6号の1(第6条関係)

(表)

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 (子ども)		被保険者氏名	
受診 医療機関名		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 // は医療機関ごとに1枚必要です。

町確認欄

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
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	保険診療点数	一部負担額
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪問看護	利 用 日 数	日	当月分療養費 円
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・特定疾患治療研究事業・母子保健法・児童福祉法・その他()	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
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。

(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のみ受診日に 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となります。

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、聖籠町へおたずねください。

別記様式第6号の3（第6条関係）を次のように改める。

別記様式第6号の3(第6条関係)

子ども医療費助成申請書(「療養の支給」「一部負担金」の助成用)					
年 月 日					
聖籠町長 様					
住 所 聖籠町大字 申請者 氏 名 印					
下記のとおり金 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	
受療者氏名				被 保 険 者 氏 名	
振込指定機関			口座番号	口座名義人	
※	他法負担金	一部負担額		決 定 額	

(注) 1 ※印は記入しないこと。

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。

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及び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。

ア 外来の場合は月の初回のみ受診日に 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。

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。

- 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、聖籠町へお尋ねください。

別記様式第7号(第8条関係)を次のように改める。

	課長	課長補佐	係長	係
※町使用欄				

別記様式第7号(第8条関係)

No. _____

子 子ども医療費受給資格内容等変更届					
受給者証番号					
受給者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	聖籠町大字			
子ども	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
変更事由	変更事由	【加入保険・住所・受給者・その他()】の変更			
	住所	聖籠町大字			
変更受給者	ふりがな		性別	男・女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	聖籠町大字		子どもとの続柄	
	職業				
加入保険	被保険者氏名			負担割合	
	記号・番号			標準負担額減額認定証の有無	有・無
	保険者名				
	所在地				
振込指定機関	金融機関名				
	口座番号				
	口座名義人				
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。					
年 月 日					
住所 聖籠町大字					
申請者 氏名					
聖籠町長 様					

別記様式第8号(第6条関係)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	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)					
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

(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	県単一部負担金額収 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 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年度の末日までの期間は、月の初日のみ)

- 2 不明な点は、聖籠町におたずねください。

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1号の1、別記様式第1号の2、別記様式第4号の1、別記様式第6号の1、別記様式第6号の3、別記様式第7号及び別記様式第8号の用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。