

○中土佐町ひとり親家庭医療費助成に関する条例

平成18年1月1日

条例第121号

改正 平成18年9月27日条例第218号

平成20年3月19日条例第5号

平成21年12月24日条例第22号

平成24年3月28日条例第26号

(目的)

第1条 この条例は、ひとり親家庭に対してひとり親家庭医療費を助成することにより、ひとり親家庭の生活の安定と福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「児童」とは、20歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。

2 この条例において「配偶者のない女子」とは、母子及び寡婦福祉法(昭和39年法律第129号)第6条第1項に規定する者をいう。

3 この条例において「配偶者のいない男子」とは、前項の規定に準ずる。

4 この条例において「保険給付」とは、次に掲げるものをいう。

医療保険各法に規定する療養の給付、保険外併用療養費、療養費、家族療養費、訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費

(助成対象者)

第3条 ひとり親家庭医療費は、次の各号のいずれかに該当する者で中土佐町の区域内に住所を有するもの(以下「助成対象者」という。)について助成する。

(1) 現に児童を監護し、その者と生計を同じくする父及び母たる配偶者のない女子及び男子

(2) 現に配偶者のない女子及び男子の監護を受け、その者と生計を同じくする子たる児童

(3) 父母のない児童

(4) 現に前号の児童を監護し、その者と生計を同じくする兄、姉、祖父母等であって町長の認めるもの

(助成額等)

第4条 ひとり親家庭医療費として助成する額は、保険給付を受けるべき者が負担すべき額

(法令の規定により国若しくは地方公共団体の負担による医療に関する給付又は医療保険各法により現金給付される高額療養費若しくは付加給付があるときは、その額を控除した額)に相当する額とする。ただし、食事療養に係る標準負担額については、次の各号に掲げる額を助成する額とする。

(1) 医療保険各法に定める標準負担額減額認定を受けた者については、その者の負担すべき標準負担額

(2) 前号以外の者については、その者の負担すべき標準負担額の半額

2 前項の医療に要する費用の額は、診療報酬の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることが出来ない。

3 ひとり親家庭医療費は、助成対象者の属する世帯の世帯主の申請に基づき助成するものとする。

(助成の制限)

第5条 ひとり親家庭医療費は、助成対象者の属する世帯の構成、所得等に基づき規則で定めるものについては、助成しない。

2 ひとり親家庭医療費は、助成対象者に係る疾病又は負傷が、第三者の行為によって生じた場合において、その医療に要する費用の一部又は全部について助成対象者が、第三者から賠償を受けたときは、その賠償の限度において助成しない。

(認定)

第6条 助成対象者は、規則で定めるところにより、あらかじめ受給資格について、町長の認定を受けなければならない。

(返還)

第7条 町長は、偽りその他不正行為によりひとり親家庭医療費の助成を受けた者に対し、既に助成した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(譲渡又は担保の禁止)

第8条 ひとり親家庭医療費を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(委任)

第9条 この条例に定めるもののほか、この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成18年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の日の前日までに、合併前の中土佐町母子家庭医療費の助成に関する条例(昭和51年中土佐町条例第11号)又は大野見村母子、父子家庭医療費助成に関する条例(昭和51年大野見村条例第11号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成18年9月27日条例第218号)

この条例は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

附 則(平成20年3月19日条例第5号)

この条例は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成21年12月24日条例第22号)

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成24年3月28日条例第26号)

この条例は、平成24年4月1日から施行する。

○中土佐町ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則

平成18年1月1日

規則第64号

改正 平成19年10月15日規則第18号

平成21年12月10日規則第27号

平成24年4月1日規則第15号

平成28年3月25日規則第6号

(趣旨)

第1条 この規則は、中土佐町ひとり親家庭医療費助成に関する条例(平成18年中土佐町条例第121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。

(規則で定める法令)

第2条 条例第2条、第4条に定める「医療保険各法」とは、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (6) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
- (7) 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

第3条 条例第5条の規則で定めるもの(助成対象者外)は、次の表の左欄及び中欄に掲げる区分に従い、同表の右欄に掲げる者とする。

配偶者のない女子 又は男子と児童と で構成されている 世帯	配偶者のいない女子及び男子が前年の所得(1月 から6月までの間に受給資格を取得する場合に あつては前々年の所得)に対して所得税法(昭和 40年法律第33号)、その所得税に関する法令の規 定による所得税の納付義務を有する者(以下「所 得税納税義務者」という。)で、その税額が、30,000 円以上ある場合	当該世帯に属するすべ ての者
	児童が所得税納税義務者で、その税額が30,000 円以上ある場合	当該児童及びその者の 所得税法に規定する扶 養親族である者

上記以外の世帯	世帯に属する者が所得税納税義務者で、その税額が30,000円以上ある場合	当該世帯に属する者及びその者の所得税法に規定する扶養親族である者
---------	--------------------------------------	----------------------------------

(受給者証の申請等)

第4条 条例第6条に規定する認定は、助成対象者の属する世帯の世帯主の申請に基づき行うものとする。

2 前項の申請は、ひとり親家庭医療費受給者証(交付、更新)申請書(様式第1号)に健康保険法、国民健康保険法又は第2条各号に掲げる法令に基づく被保険者証、組合員証(以下「被保険者証等」という。)及び標準負担額減額認定証を添え町長に提出して行わなければならない。

3 町長は、第1項の申請があった場合において、受給資格があると認定したときはひとり親家庭医療費受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を、受給資格がないと認定したときはひとり親家庭医療費受給者証交付申請却下通知書(様式第3号)を当該申請者に交付するものとする。

(受給者証)

第5条 受給者証は、前条第1項の申請をした日の属する月の翌月の初日(申請をした日が月の初日である場合は、当該月の初日)から効力を有する。

(受給者証の再交付)

第6条 受給者証の交付を受けた者(以下「受給者」という。)は、受給者証を汚損し、破損し、又は紛失したときは、ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書(様式第4号)に汚損し、又は破損した当該受給者証を添えて町長に提出して受給者証の再交付を申請することができる。

(受給者証の更新)

第7条 受給者は、毎年6月1日から同月30日までの間に、ひとり親家庭医療費受給者証(交付、更新)申請書に被保険者証を添え、町長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

2 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、当該受給者証を直ちに町長に返還しなければならない。

(届出の義務)

第8条 受給者は、受給対象者について受給資格を失ったときその他受給者証の記載事項に

変更が生じたときは、直ちにひとり親家庭医療費受給資格(変更、喪失)届(様式第5号)に当該受給者証を添えて町長に届け出なければならない。

(助成の方法)

第9条 医療費の助成は、助成する額を保険医療機関等に支払うことによって行うことができる。ただし、高知県以外の保険医療機関等で医療を受ける場合等は、療養費払いとする。

2 前項ただし書の規定による助成を受けようとする場合は、ひとり親家庭医療費助成申請請求書(様式第6号。以下「申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて町長に提出して行うものとする。

(1) 受給者証

(2) 被保険者証等

(3) その他町長が必要と認める書類

3 町長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、必要と認めた額を当該申請者にひとり親家庭医療費として支給するものとする。

4 第2項の申請書は、医療機関において現に医療を受けた日の属する月を単位とし、当該月の翌日から起算して2年以内に提出するものとする。

(受給者証の提示等)

第10条 ひとり親家庭医療費の助成を受けようとする場合は、保険医療機関等に被保険者証及び受給者証を提出しなければならない。また、国保以外の医療保険加入者は、福祉医療費請求書(様式第7号)を提出しなければならない。

(その他)

第11条 この規則に定めるもののほか、条例の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年1月1日から施行する。

附 則(平成19年10月15日規則第18号)

この規則は、公布の日から施行し、平成19年10月1日から適用する。

附 則(平成21年12月10日規則第27号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成24年4月1日規則第15号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成28年3月25日規則第6号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の中土佐町情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の中土佐町個人情報保護条例施行規則、第5条の規定による改正前の中土佐町固定資産税の課税免除に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の中土佐町子ども手当事務処理規則、第7条の規定による改正前の中土佐町ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の中土佐町老人福祉法施行細則、第9条の規定による改正前の中土佐町日常生活用具給付事業実施規則、第10条の規定による改正前の中土佐町移動支援事業実施規則、第11条の規定による改正前の中土佐町日中一時支援事業実施規則、第12条の規定による改正前の中土佐町身体障害者福祉法施行細則、第13条の規定による改正前の中土佐町基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則、第14条の規定による改正前の身体障害者福祉法第38条第4項の規定に基づく身体障害者更生援護施設への入所又は入所の委託に係る費用の徴収に関する規則、第15条の規定による改正前の中土佐町介護保険条例施行規則及び第16条の規定による改正前の中土佐町法定外公共物の売払いに関する規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号(第4条、第7条関係)

ひとり親家庭医療費受給者証(交付、更新)申請書

年 月 日

中土佐町長 様

住所 高岡郡中土佐町

氏名

電話

次のとおりひとり親家庭医療費受給者証の

(交付更新)

を申請します。

新規追加	受給者番号	号			
区分		母又は父(扶養者)	児童等(被扶養者)		
ふりがな	(1)		(2)	(3)	(4)
氏名	(1)		(2)	(3)	(4)
性別	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女
生年月日					
続柄	本人				
職業又は就学校名					
乳幼児医療 児童医療受給対象者 重度心身障害者医療					
加入医療保険	氏名	(1)との続柄		勤務先	
	住所			所在地	
	種別			記号番号	
	名称			附加給付 有・無	
	所在地				
	資格取得月日(1)の加入	(2)の加入	(3)の加入	(4)の加入	
住所設定日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
有効月日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
添付書類 児童等が父母のないことを理由とする場合は申請者の扶養事実証明書					
※決定欄	該当要否	1 該当	アイウエオカキクケ 死離不遺海障拘未 別別明棄外害禁婚他		2 非該当
	非該当理由	ア 課税 ウ 児童の年齢超過 イ 婚姻 エ その他 ()			
課長	課長補佐	係長	係	資格取得	年 月 日
				交付	年 月 日
				受付	年 月 日

※ この欄は記入しないでください。

所得確認

--

様式第2号(第4条関係)

表 (サイズ13cm×9cm)

㊤		ひとり親家庭医療費受給者証		医療機関 提示用	
公費負担番号					
受給者	住所				
	氏名				
受給対象者氏名	母子 父子	受給者番号			検 認
生年月日	性別	有効期限			
年月日		年月日から	年月日まで		
年月日		年月日から	年月日まで		
年月日		年月日から	年月日まで		
年月日		年月日から	年月日まで		
市町村長名	高知県中土佐町			印	
交付年月日	年月日				

裏

注 意 事 項	
<p>1 この証は、高知県内の保険医療機関等で、保険の自己負担分を支払わないで受診できる証ですので、大切に保管してください。</p> <p>2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口へ提出してください。標準負担額認定証をお持ちの方は、併せて提示してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったとき又は有効期限を経過したときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。</p> <p>4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。</p> <p>5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。</p>	
(保険医療機関へのお願い)	
<p>1 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。</p> <p>2 診療の際は「有効期限」及び「標準負担額認定証」のチェックを必ずしてください。</p>	

様式第3号(第4条関係)

年 月 日

申請者(保護者)様

中土佐町長

ひとり親家庭医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日付けで母子、父子家庭医療費受給者証交付申請がありましたが、
審査の結果、次の理由により資格が認められませんので通知します。

(教示)

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、中土佐町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、中土佐町を被告として(訴訟において中土佐町を代表する者は中土佐町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

受給資格申請者	理由

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格(変更、喪失)届

年 月 日

中土佐町長 様

住所 高岡郡中土佐町 番地
届出人 氏名 ㊟

次のとおり〔受給資格内容等が変更となり〕
〔受給資格が喪失〕ましたので受給者証を添えて届けます。

区 分		変 更 、 喪 失 前	変 更 、 喪 失 後
世帯主等 (母又は父、 扶養者)	住 所		
	氏 名		
児 童 等 の 数		人	人
加 入 保 険	被 保 険 者 等 住 所		
	被 保 険 者 等 氏 名		
	記 号 番 号		
	保 険 者 名		
	所 在 地		
備 考 資格〔変更〕 〔喪失〕の理由(死亡、転出、生活保護適用、その他)及び氏名			
受給者番号			受 付
〔変更〕 〔喪失〕	年月日	年 月 日	
課 長	係 長	台帳記載	

様式第6号(第9条関係)

(医・歯)

決 裁	課長	課長 補佐	係長	係	受付	年 月 日
					伺 決定 支給	年 月 日
						年 月 日
支給 内容	保険診療 合計金額	控 除 額			交付決定額	
	円	付加給付額	他法負担額	高額療養費等	円	
					再審	台帳
<p style="text-align: center;">ひとり親家庭医療費助成申請・請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>中土佐町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (保護者) 氏名 ㊟</p> <p>ひとり親家庭医療費の助成を受けたく申請し請求します。</p>						
請 求 額	円 年 月診療分(外・入)					
受 給 者 番 号			加入 医療 保険	被 保 険 者 証 記 号 番 号		
受 給 者	氏 名	男 女	被 保 険 者 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		保 険 種 別		
領 収 書						
入院時 内 訳	診療代 食事代	円 × 日 =	円 円	患者	本人 家族	家族 氏名
領収金額(合計)			円	診療月 年 月分 (日から 日)		
<p>上記のとおり領収しました。ただし、保険診療対象以外のものは除外してあります。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 医療機関等名 医 師 等 名 ㊟</p>						

㊦ ひとり親家庭福祉医療費請求書											
										年 月 日	
中土佐町長 様											
医療機関の所在地及び名称 開設者名										印	
年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。											
公 費 担 者 号								給 割	付 合	保 険 者 番 号	
受 給 者 番 号										被 保 険 者 証 記 号 番 号	
受 給 者 氏 名	フリガナ									男・女	
区 分	入 外	実 日 数	点 数 食 事 : 福 祉 医 療 請 求 額				金 額			備 考	
入 院	1								円		
入 院 外	2								円		
※入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。											

[受給者の取扱上の注意]

- 1 県内の保険医療機関で自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
- 2 この用紙が無くなった場合は、中土佐町に請求してください。

[医療機関へのお願い]

- 記載においては、電算打ち出しでも受け付けします。
- この請求書は、社保福祉医療43(ひとり親)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願います。

様式第1号(第4条、第7条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第3号(第4条関係)

様式第4号(第6条関係)

様式第5号(第8条関係)

様式第6号(第9条関係)

様式第7号(第10条関係)