

○横芝光町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則

平成18年3月27日

規則第69号

改正 平成20年3月19日規則第6号

平成20年9月29日規則第25号

平成28年2月10日規則第1号

平成30年12月20日規則第27号

(趣旨)

第1条 この条例は、横芝光町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例
(平成18年横芝光町条例第90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。

(児童の障害の状態)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別
表第1のとおりとする。

(配偶者の障害の状態)

第3条 条例第2条第2項第1号イに規定する規則で定める程度の障害の状
態は、別表第2のとおりとする。

(平20規則25・一部改正)

(支給制限の適用除外)

第4条 条例第4条第1項に規定する規則で定める場合は、児童扶養手当法
(昭和36年法律第238号)第12条第1項に該当する場合とする。

(平20規則25・旧第5条繰上)

(支給の制限に該当する所得の額)

第5条 条例第4条第1項第1号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第9条又は第9条の2の規定による児童扶養手当の支給の制限に該当する額とする。

2 条例第4条第1項第2号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第10条又は第11条の規定による児童扶養手当の支給の制限に該当する額とする。

(平20規則25・旧第6条繰上)

(所得の範囲及び所得の額の計算方法)

第6条 条例第4条第2項に規定する規則で定める所得の範囲及びその額の計算方法については、児童扶養手当法第13条の規定によるものとする。

(平20規則25・旧第7条繰上)

(給付申請書の交付)

第7条 条例第6条第1項に規定するひとり親家庭等医療費等給付申請書

(別記第1号様式)の交付を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書(別記第2号様式)に次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

(1) 条例第3条第1項に規定する医療保険各法に基づく被保険者、組合員、加入者又は被扶養義務者であることを証する書類

(2) 戸籍の謄本又は抄本

(3) 世帯の全員の住民票の写し

(4) ひとり親家庭の父母等及び扶養義務者等の前年の所得の状況を証する書類

(5) 離婚等により、ひとり親家庭になった場合は、母又は父がその監

護する児童の父又は母から、その児童について扶養義務を履行するための費用として受け取る金品その他経済的な利益に係る所得に関する申告書（別記第3号様式。以下「養育費に関する申告書」という。）

(6) 18歳以上20歳未満の児童が別表第1程度の状態にある場合又は配偶者が別表第2程度の障害の状態にある場合は、これを証する年金証書又は診断書

2 前項の規定にかかわらず、児童扶養手当法に基づく児童扶養手当の支給を受けている者が児童扶養手当証書を提示するときは、前項第2号から第6号までの書類の添付を省略することができるものとする。

3 第1項の規定にかかわらず、役場内で確認できるものについては、町長は、書類の添付の省略を認めることができる。

4 ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書の有効期限は、原則としてひとり親家庭の父母等が当該資格申請書を提出し、町長が受理した日から初めての10月末日とする。

（平20規則25・旧第8条繰上・一部改正、平30規則27・一部改正）

（届出）

第8条 条例第7条に規定する規則で定める届出は、ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届（別記第4号様式）により行うものとする。

（平20規則25・旧第9条繰上）

（その他）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

（平20規則25・旧第10条繰上）

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年3月27日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の横芝町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（平成8年横芝町規則第10号）又は光町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する規則（平成8年光町規則第7号）の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年規則第6号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日の前日までに、改正前の横芝光町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則によりなされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年規則第25号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第1号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第27号）

(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 平成30年8月1日からこの規則の施行の日の前日までの間において受理したひとり親家庭等医療費等受給資格申請書については、改正前の横芝光町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第7条第4項の規定にかかわらず、その有効期限は、平成31年10月末日までとする。

別表第1 (第2条、第7条)

(平20規則25・一部改正)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">(1) 両眼の視力の和が0.08以下のもの(2) 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(3) 平衡機能に著しい障害を有するもの(4) そしゃくの機能を欠くもの(5) 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの(6) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの(7) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの(8) 一上肢の機能に著しい障害を有するもの(9) 一上肢のすべての指を欠くもの(10) 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの(11) 両下肢のすべての指を欠くもの(12) 一下肢の機能に著しい障害を有するもの(13) 一下肢を足関節以上で欠くもの(14) 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの |
|---|

(15) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

(16) 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

(17) 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第2 (第3条、第7条)

(平20規則25・一部改正)

(1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの

(2) 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの

(3) 両上肢の機能に著しい障害を有するもの

(4) 両上肢のすべての指を欠くもの

(5) 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの

(6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの

(7) 両下肢を足関節以上で欠くもの

(8) 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの

(9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの

(10) 精神に、労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの

(11) 傷病が治らないので、身体の機能又は精神に労働をすることを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有するものであって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過しているもの

(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別記第1号様式(第7条)

(表)

| | | | | |
|---------------------|---------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ひとり親家庭等医療費等給付申請書 | | | | 年 月 日 |
| 横芝光町長 様 | | 申請者 住所 横芝光町 | | ㊟ |
| | | 氏名 | | |
| | | 電話 | | |
| 次のとおり医療費等の給付を申請します。 | | | | |
| 氏 名 | | | 申請者との続柄 | |
| 住 所 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 加入医療 保 険 | 名 称 | | | 記 号 番 号 |
| | 本人・家族の別 | | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 家族 |

保険医療機関・保険薬局証明欄

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------|--------|
| 診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤) ※該当欄に○印を付けてください。 | | | | |
| 診療・調剤月 | 年 月 分 | 公 費 負 担 額 | 有(円) ・ 無 | |
| 保 険 総 点 数 | 入院 | | 外来 | 調剤 |
| | 点 | | 点 | 点 |
| 入院延日数 | 日 | 入院時食事療養費の標準負担額 | | 円 |
| 証明手数料 | 円 | | | (円×食) |
| 保険医療機関 又は保険薬局 の名称・氏 名・所在地 | 上記のとおり証明します。 (取扱者印) | | | |

町窓口記入欄

| | | | | | | |
|-------|---|--------|---|-------|-------|-----------|
| 自己負担額 | | 付加給付額等 | | 一部負担額 | 証明手数料 | 助成交付額E |
| A | | B | | C | D | A-(B+C)+D |
| 医 円 | 計 | 有 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 食 円 | | | | | | |
| 薬 円 | 円 | 無 | | | | |
| 確認者印 | | | | | | |
| | | | | | | |

(裏)

～保険医療機関・保険薬局の方へ～

【保険医療機関・保険薬局証明欄への記載について】

受診者氏名及び一部負担金等に係る診療報酬の点数や保険診療部分に係る患者負担金額が記載されている領収書を発行している場合は証明不要です。

なお、上記の領収書を発行していない場合で受給資格者から、この申請書により診療等を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、この申請書にレセプト単位で保険点数等の証明をしてください。

～受診される方へ～

【申請までの順序】

◎領収書に受診者氏名及び保険点数等の記載がある場合

- 1 保険証で受診し、医療機関等の窓口で請求された額を支払い、領収書を受け取ってください。
- 2 診療月・病院・診療科・入院・外来別に1枚この申請書を作成し、領収書を添付して、診療のあった月の翌月以降に横芝光町役場健康こども課窓口(以下「町の窓口」という。)に提出してください。

◎領収書等に受診者氏名及び保険点数等の記載がない場合(レシート等の場合)

- 1 医療機関等で各月においてはじめて受診するとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関等の窓口で提示してください。
- 2 保険証で受診し、医療機関等の窓口で請求された額を支払い、領収書等を受け取ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関等に提示し、前月1箇月分の医療にかかった額の証明を受けてください。(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 この申請書に医療機関等で証明した診療月分の領収書等を添付して、町の窓口で提出してください。

【お願い】

- ※ 医療費等を支払った日の属する月の翌月の初日から起算して2年を経過すると助成金を支給できなくなりますので、ご注意ください。
- ※ 氏名・住所・振込口座・加入保険に変更があった場合又は、受給の資格がなくなったとき(他市区町村への転出も含む。)は、速やかに町の窓口へ届け出てください。
- ※ 交通事故など第三者の行為によって、生じた病気やけがで診療を受けるときは、速やかにその旨を町の窓口へ届け出てください。
- ※ この助成を受ける権利は、他に譲渡し、又は担保に供してはなりません。
- ※ 偽りその他不正な行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還していただきます。

第2号様式(第7条)

ひとり親家庭等医療費等受給資格申請書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 住所 横芝光町

氏名



電話

| 家族構成 | ※対象・対象外の別 | 氏 名 | 生年月日 | 申請者との続柄 | 備考 |
|-----------|--|---|---------------|---------|----|
| | | | ・ ・ | 本人 | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |
| 加入医療保険の種類 | 被 保 険 者 氏 名 | | | | |
| | 被 保 険 者 住 所 | | | | |
| | 記 号 | | 番 号 | | |
| | 保 険 者 名 称 | | | | |
| | 所 在 地 | | | | |
| | 交 付 年 月 日 | | 資 格 取 得 年 月 日 | | |
| 所得の状況 | 受給資格の審査のため所得及び諸控除の額の確認が必要となります。次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 所得に関する証明書を添付する。 <input type="checkbox"/> 町が保有する町民税に関する所得及び諸控除の額について、町が調査することに同意します。 | | | | |
| | 生活保護受給状況 | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中 | | | |
| | ※ 所得の適否 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 金融機関振込先 | 銀行 支店 | | | | |
| | 1 普通 | 口 座 番 号 | | | |
| | | (フリガナ) | | | |
| 2 当座 | 名 義 人 | | | | |

注 1 ※印の項目については、町で記載しますので記入しないでください。

2 その他の添付書類

ア 加入医療保険被保険証 イ 戸籍の謄本又は抄本 ウ 世帯全員の住民票の写し

エ 前年の所得の状況を証する書類 オ 養育費に関する申告書

カ 年金証書又は診断書

児童扶養手当証書をお持ちの方は、窓口にて提示するとイからカまでは省略できます。

第3号様式(第7条)

(表)

養育費に関する申告書

| | |
|----------------------------------|-------|
| 前年(1月から12月までの1年間に)に養育費を受け取っていますか | 有 ・ 無 |
|----------------------------------|-------|

養育費を受け取っている方のみ、以下にご記入ください。

| | | | |
|--|-----------|--------|--|
| 養育費の額 年1月1日から 年12月31日まで に受け取った額 | 母又は父名義のもの | 円 | |
| | 子名義のもの | 円 | |
| | 合計 | 円 | |
| 養育費を支払っている者の氏名 | | 児童との続柄 | |

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

横芝光町長 様

住所

氏名 _____ (印)

(裏)

養育費に関する申請書について

ひとり親家庭等医療費等助成制度は、ひとり親家庭等の生活の安定と福祉の増進を目的としており、医療費を適正に助成するために助成資格申請書の交付・更新申請時に所得に関する証明書などの各種書類を提出していただいているところですが、児童扶養手当の制度改正に伴い、離婚によりひとり親家庭になった方につきましては、新たに「養育費に関する申告書」を提出していただくことになりました。

離婚した父親又は母親は、児童に対する扶養義務があり、児童の扶養のために養育費を支払う義務があります。別れた父親又は母親から養育費を受けている方は、受けていない方に比べてそれだけ家計の収入が増えますので、本事業の対象となるかどうかを判定する際に、その受け取った養育費を所得として加えることとなります。

(所得として含めるもの)

以下のようなものを養育費として、所得に含めることとなります。

養育費の所得算入は児童扶養手当制度に準じていますので、受け取っている金銭等を養育費に含めるか否か判断がつきにくいときは、横芝光町役場健康こども課にお問い合わせください。

児童を養育するために必要な費用として受けている金銭又は有価証券
(例) 児童の学費
児童を養育するのに必要と思われる食費や生活必需品の購入費

なお、所得として含めるのは、別れた父親又は母親から受け取ったもののみです。それ以外の方(例 祖父母など)から受け取ったものは含めません。

また、銀行口座等に振り込まれている場合は、母親及びその児童又は父親及びその児童の名義の口座に振り込まれているものに限ります。

第4号様式(第8条)

| | |
|-------------------------------|---------------|
| ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届 | |
| 年 月 日 | |
| 横芝光町長 様 | |
| 届出人 住所 横芝光町 | |
| 氏名 <input type="checkbox"/> | |
| 変更事項名 ※該当番号を○で囲み、必要事項を記入すること。 | |
| 1 住 所 | (新) |
| | (旧) |
| 2 加 入 医 療 保 険 | 保険の種類 |
| | (新) 政・組・船・共・国 |
| | (旧) 政・組・船・共・国 |
| | 記号・番号 |
| | (新) |
| | (旧) |
| | 保 険 者 名 |
| | (新) |
| | (旧) |
| 3 そ の 他 | |
| | |
| 変 更 年 月 日 | |

(注) この届には、被保険者等変更を証明する書類を添付してください。

別記第 1 号様式（第 7 条）

（平 2 0 規則 6 ・全改、平 2 0 規則 2 5 ・平 2 8 規則 1 ・一部改正）

第 2 号様式（第 7 条）

（平 2 0 規則 6 ・全改、平 2 0 規則 2 5 ・一部改正）

第 3 号様式（第 7 条）

（平 2 0 規則 2 5 ・平 2 8 規則 1 ・一部改正）

第 4 号様式（第 8 条）

（平 2 0 規則 2 5 ・一部改正）