

○能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則

平成17年2月1日

規則第48号

改正 平成20年4月1日規則第6号

平成23年1月31日規則第1号

平成27年3月31日規則第12号

平成27年12月25日規則第24号

平成31年4月1日規則第23号

令和2年3月31日規則第20号

(趣旨)

第1条 この規則は、能美市乳幼児等の医療費助成に関する条例(平成17年能美市条例第92号。以下「条例」という。)に定めのあるもののほか、条例第3条第2号から第13号までに規定する者の医療費の助成に関し必要な事項を定めるものとする。

(資格の認定)

第2条 条例第3条第2号、第3号及び第11号に規定する者は医療費助成資格認定申請書(様式第1号)により、同条第4号から第8号までに規定する者はひとり親家庭等医療費受給資格申請書(様式第2号)により、市長に資格認定の申請をしなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請を受理した場合は、その内容を審査し、相当と認めるときは、条例第3条第4号に規定する母子家庭の母、同条第5号に規定する父子家庭の父、同条第6号に規定する父又は母及び同条第8号に規定する者に対しては資格登録により、同条第2号に規定する者に対しては能美市心身障害者(児)医療費受給者証(様式第3号)の交付により、同条第4号から第7号までに規定する児童及び同条第11号に規定する者に対しては能美市子ども医療費受給資格者証(様式第4号)の交付により、その者の資格を認定する。

(資格の変更)

第3条 前条の規定による資格認定を受けた者は、その申請内容に異動があった場合は、医療費助成資格認定変更申請書(様式第5号)により市長に申請しなければならない。

(医療費受給者証の再交付)

第3条の2 条例第3号第2号に規定する者、同条第4号から第7号までに規定する児童及び同条第11号に規定する者(以下「現物給付対象者」という。)は、第2条の規定により交付された受給者証の再交付を受ける場合は、医療費受給者証再交付申請書(様式第6号)を市長に提出するものとする。

(医療費の申請及び助成)

第4条 条例第5条の規定により、医療費の助成を受けようとする者は、医療費支給申請書(様式第7号)に必要な書類を添えて、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、適正と認めたときは、助成を決定し、速やかに申請者に助成するものとする。

3 第1項の規定にかかわらず、現物給付対象者が市長の指定する医療機関等に受給者証を提示した場合は、市は、現物給付対象者が当該医療機関に支払うべき額を、当該現物給付対象者に代わって支払うことができる。

4 前項の規定による支払があった場合は、第2項の規定による助成があったものとみなす。

5 市長は、第3項に規定する当該医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等に委託することができる。

(未支給金)

第5条 受給者が死亡したときは、未支給の助成金額をその者の遺族に支給するものとする。

2 前項の遺族とは、死亡の当時受給者と生計を同じくしていた次の各号に掲げる者とし、順位は当該各号の順位による。ただし、同順位者においては、年長者を先にする。

(1) 配偶者

(2) 父母又は子

(3) 祖父母又は孫

(4) 兄弟姉妹

(資格の喪失)

第6条 受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、医療費の助成の資格を失うものとする。

(1) 死亡したとき。

(2) 条例第3条第4号から第8号までに規定するひとり親家庭等でなくなったとき。

(3) 条例第3条第8号の者が、後期高齢者医療制度の医療に準ずる適用を受けたとき。

(4) 能美市の住民でなくなったとき(ただし、条例第3条第2号及び第3号に掲げる者で福祉施設への入所の場合は、その限りでない。)

(5) 前各号に掲げる場合のほか、市長において適当でないと認めたとき。

(医療費受給者証の返還)

第7条 現物給付対象者は、その資格を喪失した場合は、速やかに市長に届け出るとともに医療費受給者証を返還しなければならない。

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年2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、合併前の辰口町妊産婦、乳児、寡婦、父子家庭、母子家庭、身体障害者等及び特定疾患医療給与金支給条例施行規則(昭和47年辰口町規則第3号)の規定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4月1日規則第6号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成23年1月31日規則第1号)抄

(施行期日)

1 この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則(平成27年3月31日規則第12号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則の規定は、この規則の施行の日以後に受けた医療に係る医療費の助成について適用し、この規則の施行の前日に受けた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成27年12月25日規則第24号)抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則の一部改正に伴う経過措置)

- 6 この規則の施行の際、第5条の規定による改正前の能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則の様式による用紙で、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。

附 則(平成31年4月1日規則第23号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和2年3月31日規則第20号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和2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改正前の能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則(以下「旧規則」という。)第2条第2項の規定により交付されている能美市子ども医療費受給資格者証(以下「資格者証」という。)は、改正後の能美市乳幼児等の医療費助成に関する規則第2条第2項の規定により交付された資格者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則様式第4号による資格者証で、現に残存するものは、なお当分の間、使用することができる。

様式第1号（第2条関係）

- 1. 乳幼児・児童医療費
- 2. 心身障害者（児）医療費

医療費助成資格認定申請書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者 住所 能美市
 (窓口に来られた方)
 氏名

㊟

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

医療費の助成資格の認定に必要な税関係書類を調査することに同意します。

対象者	住所	□申請者と同じ 能美市		電話（日中連絡可能な連絡先） () -			
	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	年	月	日	交付番号 交付 窓口 郵便 ()
	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	年	月	日	交付番号 交付 窓口 郵便 ()
			申請者 との関係				
申請事由	1 出生 2 手帳交付（身体・療育） 3 転入（ 年 月 日転入）		4 程度変更（ → ） 5 業務区分変更（心身障害 → 乳幼児）（保険証・通帳コピー添付） 6 その他（ ）				
加入健康保険	被保険者氏名	□申請者と同じ		被保険者 との関係	保険者 所在地		
	保険者名称	□能美市（国民健康保険） □全国健康保険協会 支部 □ 健康保険協会・共済組合		記号	番号	保険者番号	
金融機関名		普通預金口座番号		口座名義（カタカナ）			
銀行 支店 店名	支店						
保護者	□申請者と同じ 住所 能美市		氏名 ㊟				
(保護者の) 配偶者	□申請者と同じ 住所		氏名 ㊟				
扶養義務者	□申請者と同じ 住所 能美市		氏名 ㊟				
						扶養者 との関係	

※対象者の加入している健康保険証の写しを添付してください。

※振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

ひとり親家庭等医療費受給資格登録申請書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者(父・母又は養育者)

住 所 能美市

氏 名 冊

電話番号() -

※医療費の助成資格の認定に必要な税関係書類を調査することに同意します。

対象者	父又は母	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日			
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
		職 業			勤 務 先				
対象者	児童	フリガナ氏名	性別	生 年 月 日		住 所			
			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
養育者	養育者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日			
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				児童との続柄		
		職 業			勤 務 先				
ひとり親家庭等の事由		1 離婚 2 死亡 3 重度障害 4 生死不明 5 遺棄 6 拘禁 7 未婚の親 8 その他()							
金融機関名			普通預金		口座番号		口座名義(カタカナ)		
銀行 金庫 農協			支店						
加入健康保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		対象者との関係	保険者所在地				
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 能美市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支店 記号 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合					番号		

※健康保険証の写し及びその他必要な関係書類を添付してください。

様式第3号(第2条関係)

㊄		医療費受給者証			
公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					
受給者	住所	石川県能美市			
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日	
有効期間		年	月	日から	
		年	月	日まで	
発行機関名及び印	石川県 能美市長				
交付年月日		年	月	日	
提出方法については、裏面を参照願います。					


注 意

- この証は、医療機関等で診療を受けるとき被保険者証(又は組合員証)といっしょに窓口へ提出してください。この証のみの使用はできません。
- この証は、石川県内の医療機関以外は、使用できません。
- 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに市町村長に返してください。
- 氏名、住所又は加入している医療保険が変更になったときは、すみやかに変更届を市町村長に提出してください。
- この証が破れたり、汚れたりしたとき又はこの証を失ったときは、再交付を受けてください。

この証は、市町村条例等の改正等により、有効期限内に無効になることがあります。

(医療機関へのお願い)

- 国民健康保険法との併用分は、公費負担医療費と同様に取扱ってください。
- 社会保険各法との併用分は、㊄医療費請求書を添付して提出してください。

能美市子ども医療費受給資格者証	
公費負担者番号	8 8 1 7 4 1 2 3
受給資格者番号	
子 ど も	住 所
	氏 名
	生年月日
自己負担金	入院・通院・保険調剤 無料
有効期間	
<p>上記の者は、能美市乳幼児・児童医療費助成制度、ひとり親家庭等医療費助成制度の規定により、医療費の一部を助成する者であることを証明する。</p>	
 能美市長	

注 意 事 項

1. この証は、医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
2. 医療機関等で受診するときは、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を医療機関等の窓口へ提示してください。
3. 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、この証を添えて届け出てください。
4. 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全額又は一部を返還しなければならないことがあります。
5. 公費負担医療である養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業等に該当するときは、公費負担医療が優先されます。
6. 医療機関によっては、この証を使用できない場合がありますので事前に医療機関にご確認ください。
7. 上記5、6の理由や県外の医療機関を受診した等、この証を使用できなかった場合は、医療費支給申請書により、払い戻しを受けることができます。
8. 学校や保育園での負傷や疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害給付の対象となる場合は、この証を使用することはできません。
9. この証を他人へ貸与したり譲渡したときは、法令により処罰される場合があります。

能美市役所 子育て支援課

〒923-1297 能美市来丸町1110番地
TEL 0761(58)2232

様式第5号（第3条関係）

- | |
|----------------|
| 1. 乳幼児・児童医療費 |
| 2. 心身障害者（児）医療費 |
| 3. ひとり親家庭等医療費 |

医療費助成資格認定変更申請書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者 住所 能美市
(窓口に来られた方)

氏名 ①

医療費の助成を受けたいので、次のとおり変更申請します。

対象者	住所	能美市		電話（市外線付可能な連絡先）			
		旧住所 能美市		() - () - ()			
	フリガナ 氏名 (旧氏名)	()	男・女	生年月日	年 月 日	受給者証発行 (備品及び氏名変更の場合のみ)	
				申請者 との続柄		窓口・郵送 (/)	
	フリガナ 氏名 (旧氏名)	()	男・女	生年月日	年 月 日	受給者証発行 (備品及び氏名変更の場合のみ)	
				申請者 との続柄		窓口・郵送 (/)	
	フリガナ 氏名 (旧氏名)	()	男・女	生年月日	年 月 日	受給者証発行 (備品及び氏名変更の場合のみ)	
				申請者 との続柄		窓口・郵送 (/)	
申請事由	1 転居 2 氏名変更 3 加入保険の変更 ※1 4 金融機関・口座名義変更 ※2 5 その他 () ◎事由発生日 年 月 日						
加入健康保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		対象者 との続柄	保険者 所在地		
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 能美市（国民健康保険）			支店	記号	番号
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会				保険者番号	
		<input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合					
金融機関名				普通預金口座番号		口座名義（カタカナ）	
銀行 金融 機関		支店					

※1 対象者の加入している健康保険証の写しを添付してください。

※2 振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

様式第6号（第3条の2関係）

1. 乳幼児・児童医療費
2. 心身障害者（児）医療費
3. ひとり親家庭等医療費

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者 住所 能美市 _____

氏名 _____ 印

TEL () -

受給者証を（紛失・破損）したので再交付を申請します。

受給者証番号					
受給者氏名		生年月日		年 月 日	
住 所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 能美市			
加 入 健 康 保 険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	受給者 との続柄		
	記号・番号				
	保 険 者 名 称	<input type="checkbox"/> 能美市（国民健康保険） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合・共済組合			
	保 険 者 番 号				
再 交 付		窓 口 ・ 郵 送			

※保険証（受給者）の写しを添付してください。

医療費支給申請書

<input type="checkbox"/>	乳幼児・児童医療費
<input type="checkbox"/>	心身障害者(児)医療費
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等医療費
<input type="checkbox"/>	寡婦医療費
<input type="checkbox"/>	指定難病医療費
<input type="checkbox"/>	精神障害者医療費

※該当欄に○を付けてください。

年 月 日

能美市長 宛て

申請者住 所 能美市 _____

氏 名 _____

TEL (日中連絡可能な連絡先) () _____

- ・医療費支給の際、日本スポーツ振興センターへの確認を同意します。
- ・医療費支給の際、滞税状況、納付状況を確認することに同意します。

※太枠内を記入してください。(医療機関による証明は診療報酬決定額と自己負担額も記入ください。)

診療を受けた人の氏名	フリガナ _____	生 年 月 日	年 月 日
※該当欄に○【未就学児 小学生以上 一般】			
保 険 証	1. 国保 2. 社保 3. 長寿(後期高齢者)	記 号 番 号	
被 保 険 者 の 氏 名	続柄()	手 続 等 種	身 体 ・ 療 育 ・ 精 神 障 害

区 分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日						円	円
医療機関名					日	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 _____ ㊟								

区 分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日						円	円
医療機関名					日	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 _____ ㊟								

区 分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額 (保険点数×10円)	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日						円	円
医療機関名					日	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 _____ ㊟								

給付決定額 円

受付月の翌月から数えて6箇月以内に申請してください。それを過ぎると助成を受けることができません。

※指定金融機関・精神障害者医療費対象の方のみ記入してください。

指定金融機関	金 融 機 関 名	口 座 番 号	口 座 名 義
1. 新 規	銀行 金庫	支店	普通
2. 更 変	農協		当座
			フリガナ _____

※振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

医療費支給申請書

実数表

区分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療機関		甲	乙	日→	日		(厚労点数×10円) 円	円
医療機関名						日	付加給付・高額療養費・費用徴収 円	給付決定額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟								
区分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療機関		甲	乙	日→	日		(厚労点数×10円) 円	円
医療機関名						日	付加給付・高額療養費・費用徴収 円	給付決定額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟								
区分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療機関		甲	乙	日→	日		(厚労点数×10円) 円	円
医療機関名						日	付加給付・高額療養費・費用徴収 円	給付決定額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟								
区分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療機関		甲	乙	日→	日		(厚労点数×10円) 円	円
医療機関名						日	付加給付・高額療養費・費用徴収 円	給付決定額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟								
区分	入院	入院外	歯科	調剤	その他	診療実日数	診療報酬決定額	自己負担額
診療機関		甲	乙	日→	日		(厚労点数×10円) 円	円
医療機関名						日	付加給付・高額療養費・費用徴収 円	給付決定額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関(薬局)名 ㊟								

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第2条関係)

様式第3号(第2条関係)

様式第4号(第2条関係)

様式第5号(第3条関係)

様式第6号(第3条の2関係)

様式第7号(第4条関係)