

○上川町子ども医療費の助成に関する規則

昭和53年12月20日

上川町規則第15号

改正 昭和55年11月1日規則第8号

平成13年4月1日規則第17号

平成14年10月1日規則第23号

平成16年10月1日規則第16号

平成17年4月1日規則第6号

平成17年5月6日規則第25号

平成17年9月30日規則第33号

平成18年8月9日規則第28号

平成20年3月31日規則第8号

平成20年10月1日規則第20号

平成20年12月30日規則第27号

平成21年10月1日規則第17号

平成24年3月28日規則第2号

平成24年7月27日規則第19号

平成24年12月26日規則第22号

上川町乳幼児医療費の助成に関する規則(昭和48年規則第1の3号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、上川町子ども医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第13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。

(受給者証交付申請書の様式等)

第2条 条例第5条の規定により、受給者証の交付申請をしようとする者は、子ども医療費受給者証交付申請書(別記第1号様式。以下「申請書」という。)に医療保険各法による組合員証又は国民健康保険法(昭和33年法律192号)による被保険者証及び条例第2条第2号に規定する保護者(子どもの生計を主として維持する者に限る。)の所得の状況を明らかにする書類並びに世帯全員が市町民税非課税の場合それを確認できる書類を添えて申請しなければならない。

2 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によつて確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

3 町長は、第1項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給者証の交付等)

第3条 町長は、条例第6条の規定により、条例第3条で規定する対象者であると認めるときは、申請者に子ども医療費受給者証（別記第2号様式。以下「受給者証」という。）を交付し、又対象者であることを承認しないことを決定したときは、子ども医療費受給者証交付申請却下通知書（別記第3号様式）により通知するものとする。

(受給者証の更新)

第4条 前条の規定により、交付した受給者証は、毎年更新するものとし、その有効期限は次のとおりとする。ただし、受給資格を有しなくなつたときは、その日までとする。

(1) 1月1日から7月31日までに交付したものは、当該年の7月31日

(2) 8月1日から12月31日までに交付したものは、翌年の7月31日

(助成の手続)

第5条 条例第8条第1項の規定による助成金の支払は、保険医療機関等が子ども医療費助成金請求書（別記第4号様式）を町長に提出するものとする。

2 条例第8条第2項の規定による助成金の支払は、助成を受けようとする者が子ども医療費助成金交付申請書（別記第5号様式）を町長に提出するものとする。

3 前2項の請求書及び申請書は、月の初日から末日までの分を、毎月翌月の13日までに提出するものとする。

(助成額の決定)

第6条 町長は、前条第2項の規定による申請があつたときは、審査のうえ、助成金の支払を決定したときは、子ども医療費助成金交付決定通知書（別記第6号様式）により申請者に通知するものとする。

2 前条の助成金の交付の時期は、当該請求書及び申請書を受理した月の末日までとする。

3 町長は、前条第2項の規定により提出された申請書を審査の結果、助成の対象でないことを確認したときは、子ども医療費助成金交付申請却下通知書（別記第7号様式）により、申請者に通知するものとする。

(基本利用料の限度額等)

第6条の2 条例第4条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第3項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）に規定する額とする。

(届出)

第7条 条例第9条による届出は、子ども医療費受給資格要件変更届出書(別記第8号様式)又は子ども医療費受給資格喪失届出書(別記第9号様式)に受給者証を添えて町長に提出しなければならない。

(受給者証の再交付)

第8条 保護者は、受給者証を汚損し、又は亡失したことによりその再交付を受けようとするときは、子ども医療費受給者証再交付申請書(別記第10号様式)を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

(受給者証の返還)

第9条 条例第10条の各号に該当し、受給資格を喪失したときは保護者は、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

(届出がない場合の受給事由の消滅の処理)

第10条 町長は、前条の規定による届出がない場合においても、現有公簿等により受給者が条例第3条の規定に該当しなくなつたこと、又は死亡したことを確認したときは、職権で受給事由の消滅の処理を行うことができる。

2 町長は、前項の場合において受給者が条例第3条の規定に該当しなくなつたときは、子ども医療費受給事由消滅通知書(別記第11号様式)により、受給事由を消滅させられた者に通知しなければならない。

(受給者証更新申請の特例)

第11条 町長は、第4条の規定に関わらず、受給者の資格要件を現有公簿等により確認できるときは、更新申請に代えて職権で受給者証の更新をすることができるものとする。

(補則)

第12条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則

この規則は、昭和54年1月1日から施行する。

附 則(昭和55年11月1日規則第8号)

この規則は、昭和55年11月1日から施行する。

附 則(平成13年4月1日規則第17号)

この規則は、平成13年4月1日から施行する。

ただし、第2条、第2条の2第2項及び第3項の規定は、平成13年10月1日から施行する。

附 則(平成14年10月1日規則第23号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年10月1日規則第16号）

1 この規則は、平成16年10月1日から施行する。

2 平成16年9月30日以前に現にこの規則による改正前の上川町乳幼児医療費の助成に関する規則の規定により受給資格を有していた者に係る助成については、この規則による改正後の上川町乳幼児医療費の助成に関する規則第1条の2及び第1条の3並びに第6条の2の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則（平成17年4月1日規則第6号）

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成17年5月6日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行し、平成17年4月1日から適用する。

附 則（平成17年9月30日規則第33号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

附 則（平成18年8月9日規則第28号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年3月31日規則第8号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

ただし、題名の改正規定、第1条の改正規定、第2条の2の改正規定（「乳幼児」を「乳幼児等」に改める部分に限る。）、第3条の改正規定、第5条の改正規定、第6条の改正規定、第7条の改正規定、第8条の改正規定、第10条第2号の改正規定、別記第1号様式の改正規定、別記第2号様式の改正規定、別記第2号の1様式の改正規定、別記第3号様式の改正規定、別記第4号様式の改正規定、別記第5号様式の改正規定、別記第6号様式の改正規定、別記第7号様式の改正規定、別記第8号様式の改正規定、別記第9号様式の改正規定、別記第10号様式の改正規定、別記第11号様式の改正規定は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成20年10月1日規則第20号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年12月30日規則第27号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成21年10月1日規則第17号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年3月28日規則第2号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成24年7月27日規則第19号）

この規則は、平成24年8月1日から施行する。

附 則（平成24年12月26日規則第22号）

（施行期日）

1 この規則は、平成25年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の上川町子ども医療費の助成に関する規則の規定は、この規則の施行の日以後の医療による医療費の助成について適用し、同日前の医療による医療費の助成については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の上川町乳幼児等医療費の助成に関する規則（以下「改正前の規則」という。）の規定により医療による医療費の助成を受けている者は新条例第7条の規定による受給者とみなす。

4 この規則による改正前の規則に定める様式は、当分の間、これを使用することができるものとする。

別記第1号様式

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

上川町長 様

保護者 住 所 上川町
氏 名



所得状況と他制度による医療費助成状況等の確認に同意し、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

| | | | | | |
|----------|--|----------------|----------------|----------------|--|
| 保 護 者 | 氏名 | | | 住所 上川町 | |
| | 男・女 | 年 月 日生 | TEL() | | |
| 受給対象者の状況 | フリガナ | ----- | | ----- | |
| | 受給対象者名 | | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) | |
| | 保護者との続柄 | | | | |
| | 保護者との同居・別居の別 | 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 | |
| | 父 の 氏 名 | | | | |
| 母 の 氏 名 | | | | | |
| 医療保険 | 保 険 種 別 | 協・組・日・船・共・国 | 記 号 番 号 | 付 加 給 付 | |
| | 被 保 険 者 証 発 行 機 関 名 | | 所在地 | | |
| 添付書類等 | この申請にあたっては、「組合員証」または「被保険者証」を添えてください。 振込金融機関 口 座 番 号 口 座 名 | | | | |

別記第2号様式
(表面)

| | | | |
|--------------------|-------------------|--------------------|-----|
| ○ | | 子ども医療費受給者証 | |
| 記 号 | 北-124 | 番 号 | |
| 受 給 者 | 住 所 | | |
| | 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 | 北海道上川郡 上 川 町 長 | | |
| 交 付 年 月 日 | | 年 月 日 | |

※左上部○欄には、3歳未満及び非課税世帯の受給者に「子初」と表示。

(裏面)

| 注 意 事 項 | |
|--|--|
| <p>1 この証で、上川町内及び旭川市内の保険医療機関等で診療を受ける場合は、医療費の自己負担はありません。(ただし、入院時食事療養費及び保険適用外医療費を除く。)</p> <p>上川町及び旭川市以外の保険医療機関等で診療を受ける場合は、自己負担額をいったん窓口で支払った後、町長に助成金の申請をして下さい。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかに、この証を添えて町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に、町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。</p> <p>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ます。</p> | |

別記第3号様式

第 号
年 月 日

様

上川町長

子ども医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費受給者証交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。

- 1 この処分に不服がある場合は、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、上川町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この処分に不服がある場合は、この処分かつたことを知つた日(1による異議申立てをしたときは、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日)の翌日から起算して6月以内に、上川町(訴訟において上川町を代表する者は、上川町長となります。)を被告として、旭川地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分又は決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、処分又は決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。

(理 由)

子ども医療費助成金請求書

上川町長 様

年 月 日

年 月分子ども医療費及び取り扱い手数料として、次のとおり請求します。

| | | | |
|--------------------------------|---------------|-----|--|
| 医療機関コード | | | |
| 医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号 | | 印 | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | | |
| | 支店名 | | |
| | 口座番号等 | 普・当 | |
| | (フリガナ) 口座名 | | |

| 保険給付 | 件数 | 診療報酬請求総点数 (10割)又は限度額 | 請求額 計算方法 | 保険自己負担額 | 一部負担金 | 医療費請求額 | 事務費請求額 |
|---------------------|----|-------------------------|-------------|---------|-------|--------|--------|
| 7割 | 件 | 点 | ×3 | 円 | 円 | 円 | |
| 8割 | 件 | 点 | ×2 | 円 | 円 | 円 | |
| 限度額 | 件 | 円 | ×1 | 円 | 円 | 円 | |
| 育成医療・結核・ 精神自己負担額 | 件 | | | 円 | 円 | 円 | |
| 計 | 件 | | | 円 | 円 | 円 | 円 |

(内 訳)

| 診療 年月 | 受給者番号 | 患者氏名 | 診療 区分 | 保険給付7割 | 保険給付8割 | 限度額 | 育成医療・結核・ 精神自己負担額 | 一部負担金 | 初・ 課 | 初診時 一部負担金 |
|----------|-------|--------|----------|--------|--------|-----|---------------------|-------|---------|--------------|
| | | | 入・ 外 | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| | | | 入・ 外 | | | | | | 初・ 課 | 円 |
| 計 | | 件数 | | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | / | 件 |
| | | 点数又は金額 | | 点 | 点 | 円 | 円 | 円 | / | 円 |

別記第5号様式

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

上川町長

様

住 所 上川町
世帯主氏名



子ども医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

<本人記載欄>

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------|----------|--|------------|----------|
| 交 付 申 請 額 | | | | | | 円 |
| 受 給 者 名 及 び 生 年 月 日 | | | | | | (年 月 日) |
| 医療費受給者証の記号番号 | 北124- | | | | | |
| 保険(共済)の名称及び記号番号 | | | | | | |
| 銀行等 振込先 | 銀行・信用金庫 農業協同組合 | 支店 本店 | 口座 番号 | | 口 座 名義人 | |

<ここからは記入しないで下さい。>

| 受診年月 | 入院 外来 | 日数 | 件 数 (うち調剤等) | 初診時 回 数 | 総 医 療 費 (うち調剤等) | 助 成 額 (うち調剤等) | 負担 割合 | 補助 単独 |
|------|----------|----|----------------|------------|--------------------|------------------|----------|----------|
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 年 月 | 入・外 | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | 2割 3割 | 補助 単独 |
| 合 計 | | 日 | 件 (調・歯 件) | 件 (歯 件) | 円 (調・歯 円) | 円 (調・歯 円) | | |

別記第6号様式

子ども医療費助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

上川町長

次のとおり、子ども医療費の助成額が決定しましたので通知します。

- 1 この処分に不服がある場合は、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、上川町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この処分に不服がある場合は、この処分があつたことを知つた日(1による異議申立てをしたときは、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日)の翌日から起算して6月以内に、上川町(訴訟において上川町を代表する者は、上川町長となります。)を被告として、旭川地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分又は決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、処分又は決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。

記

- 1 決定助成額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

年 月 日役場出納窓口で印鑑持参の上受領して下さい。
なお、支払い時間は、午前9時から午後3時までです。
また、上川町の休日は支払いできませんのでご了承願います。

別記第7号様式

第 号
年 月 日

様

上川町長

子ども医療費助成金交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました子ども医療費助成金交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。

- 1 この処分に不服がある場合は、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、上川町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この処分に不服がある場合は、この処分かつたことを知つた日(1による異議申立てをしたときは、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日)の翌日から起算して6月以内に、上川町(訴訟において上川町を代表する者は、上川町長となります。)を被告として、旭川地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分又は決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、処分又は決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。

(理 由)

別記第8号様式

子ども医療費受給資格要件変更届出書

年 月 日

上川町長 様

届出人 住 所
氏 名

下記のとおり(住所、氏名、保険者)に変更がありましたので、お届けします。

記

| 新受給者証 記号番号 | | ※ 第 号 | | | | 受給者証 記号番号 | | 第 号 | | | |
|---------------|---|----------|--|--|--|--------------|--|-------|-------|-------|--|
| 住 所 | 新 | | | | | | | 変更 | | | |
| | 旧 | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 氏 名 | 新 | | | | | | | 変更 | | | |
| | 旧 | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 保 険 者 | 新 | 種 | | | | 保 | | | 記 | 変更 | |
| | 旧 | 類 | | | | 険 | | | 号 | 年 月 日 | |
| 者 | 新 | 附加給付 | | | | 附加給付 | | | 変更 | | |
| | 旧 | の有無 | | | | の内容 | | | 年 月 日 | | |
| 者 | 新 | 世帯主等 | | | | | | | 変更 | | |
| | 旧 | の氏名 | | | | | | | 年 月 日 | | |

(注)届出人は、※印欄には記入しないで、他の欄の関係分のみ記入すること。

別記第9号様式

子ども医療費受給資格喪失届出書

年 月 日

上川町長 様

届出人 住 所
氏 名

下記の理由により、子ども医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

| 受 給 者 | 受給者証 記号番号 | 第 号 |
|-------------|--------------|-----|
| | 氏 名 | |
| 理 由 | 1 他の市町村へ転出 | |
| | 2 生活保護の受給開始 | |
| | 3 死亡 | |
| | 4 その他 | |

(注)届出人は、喪失理由の該当する番号に○を記入してください。

別記第10号様式

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

上川町長 様

住 所
氏 名



下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

| 受給者 | 住 所 | | | |
|--------|--------|--|--------------|--|
| | 氏 名 | | 受給者証 記号番号 | |
| 理 由 | 1 破損した | | | |
| | 2 汚損した | | | |
| | 3 紛失した | | | |
| | 4 | | | |

別記第11号様式

子ども医療費受給事由消滅通知書

第 号
年 月 日

様

上川町長

次のとおり、子ども医療費の受給事由が消滅しましたので通知します。

- 1 この処分に不服がある場合は、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、上川町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この処分に不服がある場合は、この処分があつたことを知つた日(1による異議申立てをしたときは、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日)の翌日から起算して6月以内に、上川町(訴訟において上川町を代表する者は、上川町長となります。)を被告として、旭川地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分又は決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、処分又は決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。

また、先に交付した受給者証を速やかにお返しください。

記

1 消 滅 し た 日 年 月 日

2 消 滅 事 由

別記第 1 号様式
別記第 2 号様式
別記第 3 号様式
別記第 4 号様式
別記第 5 号様式
別記第 6 号様式
別記第 7 号様式
別記第 8 号様式
別記第 9 号様式
別記第 1 0 号様式
別記第 1 1 号様式