

○上川町ひとり親家庭等医療費の助成に関する規則

昭和48年10月1日

上川町規則第5の2号

改正 昭和58年4月30日規則第10号

平成13年4月1日規則第15号

平成14年10月1日規則第21号

平成15年4月1日規則第12号

平成16年10月1日規則第17号

平成17年4月1日規則第7号

平成17年5月6日規則第26号

平成17年9月30日規則第34号

平成18年4月1日規則第14号

平成18年8月9日規則第29号

平成20年3月31日規則第9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26号

平成21年10月1日規則第17号

平成23年4月1日規則第7号

平成24年3月28日規則第3号

平成24年12月26日規則第23号

(趣旨)

第1条 この規則は、上川町ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第27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。

(一部負担金)

第1条の2 条例第2条第4項の規定による一部負担金の額は、次のとおりとする。

(1) ひとり親家庭の母及び父の通院にかかる一部負担金についてその属する世帯員全員が市町村民税非課税者の場合

自己負担すべき医療費の1/3の額

その属する世帯員の一部が市町村民税課税者の場合

自己負担すべき医療費の2/3の額

(2) 受給者が15歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの期間

又はその属する世帯員全員が市町村民税非課税者の場合(前号に該当する場合を除く。)

0円

(3) 前2号以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)

第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額(基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号。以下「令」という。)第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、44,400円とし、令第14条第3項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第3項の規定にかかわらず12,000円とする。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第1条の3 前条の場合であつて受給者が条例第2条第5項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

(条例第3条第3号に規定する所得の額等)

第2条 条例第3条第3号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別表によるものとする。

(受給者証の交付申請)

第2条の2 条例第5条の規定による医療費の助成を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(別記第1号様式)を町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

(1) ひとり親家庭等の医療費の助成を受けようとする者のうち、児童にあつては現に扶養または養育されている事実を明らかにすることができる書類

(2) 前号の児童のうち、18歳に達した日の属する年度の末日以後、引き続いて特別支援学校の高等部(専攻科を除く。)又は大学等に在学する児童があるときは在学証明書

(3) 条例第3条第3号に規定する受給者又は扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類

(4) 規則第1条の2第2号に規定する者(その属する世帯員全員が市町村民税非課税

者に限る。)にあつては、世帯員全員が市町村民税非課税者であることを確認できる書類

3 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。

4 町長は、第2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。

(対象者の決定)

第3条 町長は、条例第6条第1項の規定により、対象者であることを決定したときは、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書(別記第2号様式)を、また対象者であることを承認しないことを決定したときは、ひとり親家庭等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、当該申請者に通知するものとする。ただし、条例第6条第2項に規定するひとり親家庭等医療費受給者証を交付した場合は通知書を省略することができる。

(受給者証の交付)

第4条 町長は、条例第6条第1項の規定により対象者であることを決定したときは、申請者にひとり親家庭等医療費受給者証(別記第4号様式又は別記第4号の2様式。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、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

(受給者証の再交付申請)

第5条 受給者は、受給者証を破損、汚損または紛失により、受給者証の再交付を受けようとするときは、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書(別記第5号様式)を町長に提出して、その再交付を受けることができる。

(助成金の交付申請)

第6条 受給者は、条例第8条第2項に規定する医療費の助成を受けようとするときは、ひとり親家庭等医療費助成申請書(別記第6号様式)を町長に提出するものとする。

(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。

(助成金の交付の決定)

第7条 町長は、第6条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書(別記第7号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

(受給者証更新申請の特例)

第8条 町長は、第4条第2項の規定に関わらず、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。

(届出)

第9条 条例第9条第1号の規定による届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格変更届(別記第8号様式)により、同条第2号の規定による届出は、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届(別記第9号様式)により行うものとし、当該届書には受給者証を添付するものとする。

(補則)

第10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、公布の日から施行する。

附 則(昭和58年4月30日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和57年4月1日から適用する。

附 則(平成13年4月1日規則第15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3項及び第4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21号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則(平成15年4月1日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成16年10月1日規則第17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母子家庭の医療費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母子家庭の医療費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7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26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34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4月1日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年8月9日規則第29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9号）

この規則は、平成20年4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26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23年4月1日規則第7号）抄

（施行期日）

1 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3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12月26日規則第23号）

この規則は、平成25年1月1日から施行する。

別表（第2条関係）

第2条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

条例第3条第3号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。）とし、児童扶養手当法施行令

(昭和36年政令第405号)第2条の4第4項に定める額とする。

## 2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

### (1) 所得の範囲

条例第3条第3号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法(昭和36年法律第238号)第9条第2項並びに同法施行令第2条の4第3項及び第3条第1項の規定によるものとする。

### (2) 所得の額の計算方法

条例第3条第3号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法施行令第4条第1項及び第2項の規定によるものとする。

別記第1号様式

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

上川町長 様

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、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

申請者 住 所 上川町

氏 名 印

対象者との続柄

記

※ 受 給 者 番 号										
申 請 内 容	対 象 者	母・父・子の別	母・父		子					
		フリガナ								
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)				
	申請者との続柄									
	同居・別居	同居・別居	同居・別居		同居・別居		同居・別居			
受 給 資 格 要 件 の 状 況	父母の状況	氏 名	父			母				
		状 況	生 存 死 亡 年 月 日		生 存 死 亡 年 月 日					
	ひとり親家庭等 となった理由	死別、離別、行方不明、遺棄、拘禁、配偶者の 障害、両親の死亡、両親の行方不明、その他				発 生 年 月 日 年 月 日				
	医療保険	種 別	協・組・日・船・共・国		記 号 番 号			付 加 付 給	有・無	
		被 保 険 者 (世帯主)				被 保 険 者 証 発 行 機 関				
添 付 書 類										
※	課 長	補 佐	副 主 幹 等			決 定 年 月 日	年 月 日			
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。									
	2 次の理由により上記申請を却下する。									
却 下 理 由										

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

振込金融機関  
口座番号  
口座名

別記第2号様式

第 号  
年 月 日

様

上川町長

ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書

年 月 日付けで申請のありましたひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、別添ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。



別記第3号様式

第 号  
年 月 日

様

上川町長

ひとり親家庭等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ひとり親家庭等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)

別記第4号様式

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">                 親初             </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                 ひとり親家庭等医療費受給者証             </div>	
記号	1 2 4 8	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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">上 川 町 長</div>		
交付年月日		年	月 日

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等で医療費の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。
- 【親又は子の入院、子の通院の場合】
- 2 保険医療機関等の窓口で支払った医療費の自己負担相当額の助成を受ける場合は、町長に助成金の申請をして下さい。
- 【道外受診(親又は子の入院・通院)、道内受診(親の通院)の場合】
- 3 保険医療機関、療養取扱機関等において診療を受ける場合には、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 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下さい。
- 5 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下さい。
- 6 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下さい。
- 7 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下さい。
- 8 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下さい。
- 9 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。

別記第4号の2様式  
(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 親  課		ひとり親家庭等医療費受給者証	
記 号	1248	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		

(裏面)

注 意 事 項
1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。【親又は子の入院、子の通院の場合】 (1) 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額 (2) その他町長が定める額 ※ただし、「1月末日まで自己負担なし」と表示がある場合は、0円 2 保険医療機関等の窓口で支払った医療費の自己負担相当額の助成を受ける場合は、町長に助成金の申請をして下さい。 【道外受診(親又は子の入院・通院)、道内受診(親の通院)の場合】 3 保険医療機関、療養取扱機関等において診療を受ける場合には、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出して下さい。 4 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下さい。 5 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下さい。 6 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下さい。 7 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下さい。 8 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下さい。 9 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。

別記第5号様式

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

上川町長 様

住 所  
申請者 氏 名 ㊟

下記の理由によりひとり親家庭等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6号様式

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

上川町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
受給者との続柄



ひとり親家庭等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。

請 求 内 容	受給者	受給者番号			医療保険 記号番号			
		居住地						
		氏名			生年月日	年 月 日		
	医療を受けた 病院	名称						
		所在地						
	診察の 内容	入院・ 入院外の別	入 院 ・ 入 院 外		療養の期間	自 至	年 月 日 年 月 日	
		発病の原因			療養日数	月(日)		
		療養に要 した費用	円					
	医 療 費 の 支 払 方 法	1 現金払	金融機関名		銀行 支店			
		2 口座払	口座番号		口座番号 名義人			
※ 決 定 欄	課長	補佐	幹副 等主	係	決 定 年月日	年 月 日		
	1 上記請求内容を審査した結果、次のとおり助成する。 2 次の理由により上記請求を却下する。							
	支 給 決 定	総医療費	保険給付費	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	初 診 時 一部負担金	支給決定額	
却 下 理 由								

※の欄は記入しないで下さい。

別記第7号様式

ひとり親家庭等医療費支給決定通知書

第 号  
年 月 日

様

上川町長

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の支給額を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、この処分か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 支 給 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8号様式

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

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		※				
受給者名					受給者証 記号番号	
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	付加給付 の有無		付加給付 の内容		変更
	旧					年 月 日
者	新	世帯主等 の氏名				変更
	旧					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

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

上川町長 様

届出人 住 所  
氏 名

下記の理由により、ひとり親家庭等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		
	氏 名		
理 由	1	他の市町村へ転出	
	2	生活保護の受給開始	
	3	父又は母の婚姻	
	4	死亡	
	5	その他	

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 4 号の 2 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