

# 阿賀野市規則第13号

## 阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

### 阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則（平成16年阿賀野市規則第76号）の一部を次のように改正する。

第1号様式から第2号様式までを次のように改める。

第1号様式(第2条、第6条関係)

(表)  
ひとり親家庭等医療費受給者証交付(更新)申請書

フリガナ 氏名	性別	生年月日	⑤加入医療保険の状況					
			1 国保	2 協会	3 組合	4 共済	5 船員	6 後期
住所	阿賀野市		被保険者(世帯主・組合員)氏名		申請者との続柄			
職業	勤務先	電話 ( )	被保険者証記号番号		被保険者名			
勤務先住所	電話 ( )		被保険者所在地		標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)			
生活保護の受給状況	受給(年月日から)	児童扶養手当の受給状況	受給(年月日から)		年所得			
備考					⑥申請者	⑦配偶者	⑧扶養義務者	
②ひとり親家庭等となった事由	イ 離婚 ロ (父、母)死亡 ハ (父、母)障害 ニ (父、母)生死不明 ホ (父、母)遺棄 ヘ 保護命令 ヨ 未婚の女子で懐妊した者 リ その他( )		監視又は養育を始めた年月日		所得			
フリガナ氏名	性別	年齢	申請者本人	対象家族	被保険者との関係	⑨所得		
						円	円	
家族の状況	性別	年齢	対象家族	被保険者との関係	母(父)に対し支払われた額 A			
					円	円		
氏名	障害名	障害種類	手帳等の番号	等級	発行者	Aの8割相当額 B		
						円	円	
氏名	障害名	障害種類	手帳等の番号	等級	発行者	児童に対し支払われた額 C		
						円	円	
氏名	障害名	障害種類	手帳等の番号	等級	発行者	Cの8割相当額 D		
						円	円	
合計 B+B						円	円	
⑩障害者控除						円	円	
⑪障害者・ひとり親・勤労学生控除						円	円	
⑫その他の控除						円	円	
⑬社会保険料等相当額						80,000円	80,000円	
⑭控除額計						円	円	
⑮控除後の所得額						円	円	
⑯所得限度額						円	円	
⑰申請書類						戸籍謄本(抄本)	住民票の写	
⑱公簿確認						認證書	認定調書	
注 認書類は次の書類番号を記入すること						1 身障手帳 2 診断書 3 特別児童扶養手当 4 その他( )		
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付(更新)を申請します。						阿賀野市長 様 住所 阿賀野市 氏名		

- 記入上の注意
- ①の欄 「生活保護の受給状況」欄及び「児童扶養手当の受給状況」欄は、該当するものを○で囲み、受給している場合には、受給開始年月日を記入してください。
  - ②の欄 ひとり親家庭等となった事由について、該当する記号を○で囲んでください。
  - ③の欄 申請者及び児童(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。)について記入してください。
  - ④の欄 ③の欄に記入した児童に障害があるときは、氏名と障害者を記入してください。
  - ⑤の欄 「保険の種類」欄は、該当する番号を○で囲んでください。  
なお、「国保」は国民健康保険、「協会」は全国健康保険協会管掌保険、「組合」は組合管掌健康保険、「共済」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団、「船員」は船員保険、「後期」は後期高齢者医療の略です。  
また、あなたと③の欄に記入した児童が、保険者等から入院時の食事療養に係る標準負担額減額認定証の交付を受けているときは、受けている方(減額対象者)の氏名を「標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)」欄の( )内に記入してください。どなたも受けていないときは、「無」を○で囲んでください。
  - ⑥の欄 「配偶者」には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。
  - ⑦の欄 あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族又は兄弟姉妹があるときに記入してください。
  - ⑧の欄 地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。  
なお、地方税法に定める同一生計配偶者のうち七十歳以上の者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により( )内に再掲してください。  
(1) 申請者が父又は母の場合にあつては、(イ)に同一生計配偶者のうち七十歳以上の者及び老人扶養親族の合計数を、(ロ)に特定扶養親族の数を、(ハ)に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。  
(2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
  - ⑨の欄 「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。

- ⑩の欄 前年(1月1日から8月までの間に新規申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、住民税の所得割の課税標準である総所得金額(母子家庭自立支援給付金に係るものを除く。)、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期譲渡所得の金額、短期譲渡所得の金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び品物先取りに係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- ⑪の欄 申請者及びその監護する児童が、児童の父(申請者が父の場合は児童の母)から、児童を扶養するために受け取った金品等の所得の額を記入し、下欄にはその金額の8割(1円未満四捨五入)の額を記入してください。
- ⑫の欄 地方税法に定める障害者又は特別障害者である者の数及びそのに係る控除額を記入してください。
- ⑬の欄 地方税法に定める寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを○で囲み、その額を記入して下さい。申請者が母である場合には、寡婦控除及びひとり親控除の額、申請者が父である場合には、ひとり親控除の額は控除しません。
- ⑭の欄 地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けている場合に、その控除の種類及び額を記入してください。
- ⑮の欄 この申請書に添えていただく書類は、次のとおりです。  
(1) あなたと児童の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し  
(2) 申請者が養育者である場合は、児童の父母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本  
(3) 本年1月2日以後現住所に転入された方は、③から⑧の欄に記入した事項についてその前住居地の市区町村長の証明書  
(4) ひとり親家庭等認定調書、別紙のとおり。ただし、②の欄の「その他( )」に該当する場合は、遺児等を証する書類を添えてください。  
(5) 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族がいる場合は、16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書、別紙のとおり。  
(6) 児童扶養手当証書を提示できる方は、上記の(2)から(6)までの書類は必要ありません。
- ⑯の欄は、記入しないでください。  
⑰ この申請書について分からないことがありましたら、担当の職員におたずねください。

第1号様式の2（第2条関係）

同意書（申請者分）

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付要件の確認のために必要があるときは、私の戸籍、住民基本台帳及び所得状況につき、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日  
住 所 阿賀野市  
氏 名

同意書（配偶者・扶養義務者分）

ひとり親家庭等医療費受給者証の交付要件の確認のために必要があるときは、私の戸籍、住民基本台帳及び所得状況につき、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

（配偶者）

年 月 日  
氏 名

（扶養義務者）

年 月 日  
氏 名  
氏 名  
氏 名  
氏 名

※同意する者が自ら署名してください。

第1号様式の3（第2条関係）

### 養育費等に関する申告書

○ 前年（1月から12月までの1年間）に受け取った養育費について、記入してください。

受取人	養育費の額	受取状況
申請者・児童	円	
申請者・児童	円	
申請者・児童	円	
申請者・児童	円	
申請者・児童	円	
申請者・児童	円	
合計	申請者	円
	児童	円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

氏 名

阿賀野市長 様

#### ※ 記入方法

- 申請者及び児童が、児童の父（及び母）から前年（ただし、1月から8月までの間に申請する人の場合には前々年）1月から12月までの1年間に受け取った金品その他の経済的利益（以下「養育費」といいます。）がある場合には、その額を記入してください。
- 養育費の合計額の欄に記入した額を、ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書の㊸の欄に記入してください。
- 受取状況欄には、次の例に従って記入してください。  
例1 毎月5万円で12ヵ月間受け取っている場合には、「月々5万円、12ヵ月分」と記入してください。  
例2 4月、8月、12月の3回に、それぞれ1万円、3万円、5万円を受け取っている場合には、「年3回 1万円、3万円、5万円」と記入してください。

第2号様式（第3条関係）

（表）

阿 賀 野 市 受 給 者 証										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     6 4                      県親                 </div>	公費負担者番号		6	4	1	5				
	自己負担分									
	公費負担者番号									
	受給者番号									/
保 險 者										
受 給 者	氏 名									
	生 年 月 日		年	月	日	性 別				
申 請 者	氏 名									
	住 所									
有 効 期 間		年 月 日		から						
		年 月 日		まで						
発 行 機 関		新潟県阿賀野市長							印	
交 付 年 月 日		年		月	日					
備 考										

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口へ提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 3 一部負担金について
  - ・ 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が 円に満たないときには当該額)を支払ってください。
  - ・ 入院の場合は、1日につき 円を支払ってください。
  - ・ 訪問看護の場合は、1日につき 円を支払ってください。なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。  
※ 受給者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童は、一部負担金はありません。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について  
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに阿賀野市に届け出てください。
  - (1) 受給者資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
  - (2) 医療保険の種類又は医療保険証若しくは標準負担額減額認定証の記載事項に変更があったとき。
  - (3) 受給者の資格がなくなったとき。
  - (4) 生活保護の決定を受けたとき。
  - (5) 新たに監護し、又は養育する児童を有するに至ったとき。
  - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
  - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
  - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収書を添付して阿賀野市に申請してください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりですので、8月1日から8月31日までの間に、阿賀野市で更新の手続きをしてください。
- 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ることがあります。

第5号様式から第6号様式の4までを次のように改める。

第5号様式（第7条関係）

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

受給者証 番号		受給者氏名	
		生年月日	年 月 日
住所	阿賀野市		
再交付申請 の理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 阿賀野市  
申請者  
氏名

阿賀野市長様

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。  
2 破損又は汚損した場合は、受給者証を添えて提出してください。  
3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所 阿賀野市

氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支 店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
2 " 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県親助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

( 年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外 来 調 剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
入 院	入 院 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
訪 問 看 護	食 事 療 養 を 受 け た 回 数	回	うち長期該当 回
	利 用 日 数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者自立支援法・母子保健法・児童福祉法・その他 ( )	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

医療機関等 所在地  
名 称  
氏 名 印

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。  
※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注 意 事 項

1 助成額の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに 円（その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額）

イ 入院の場合は入院した1日につき 円で計算した額。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき 円で計算した額。

※ 受給者のうち、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童は、一部負担金はありません。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。



第6号様式の2（第8条関係）

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子
県単医療費助成申請書（柔道整復施術用） 年 月 日 阿賀野市長 様 住 所 申請者 氏 名 下記のとおり金 円（診療月 年 月分）の医療費の 助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。 代理人住所 代理人氏名				
受給者証番号			保 険 者 名	
受給者氏名			記号・番号	
受療者氏名			被保険者氏名	
自己負担割合	3割	2割	1割	
振込指定 金融機関名	銀行名			口座番号
	支店名			フリガナ 口座名義人
※	他法負担額	一部負担金額		決定額

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

（柔道整復師が記入してください）

領 収 書				
（診療月 年 月分）				
	療養に要した費用 A	自 己 負 担 額 B	県単一部負担金額収済額 C	県単医療費助成額 B-C
1 日目	円	円	円	円
2 日目	円	円	円	円
3 日目	円	円	円	円
4 日目	円	円	円	円
5 日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等 の有無	障害者自立支援法・母子保健法・児童福祉法・ その他（ ）		公 費 分 費 用 患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。 年 月 日 所在地 柔道整復師 名 称 様 氏 名				

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額（円単位四捨五入）を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

- 療養に要した費用の2割（経過措置対象者は1割）

<県障の場合>

- 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）ただし、阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例（平成16年阿賀野市条例第132号）第3条に規定する受給資格者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者については、一部負担金はありません。

<県親の場合>

- 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）ただし、阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成16年阿賀野市条例第120号）第3条に規定する対象者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者については、一部負担金はありません。

<単子の場合>

- 一部負担金の支払いはありません。

2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

第6号様式の3（第8条関係）

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書（ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧） 年 月 日 阿賀野市長 様 申請者 住 所 氏 名 下記のとおり金 円（診療月 年 月分）の医療費の 助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。 代理人住所 代理人氏名					
受給者証番号				保険者名	
受給者氏名				記号・番号	
受療者氏名				被保険者氏名	
自己負担割合	3割	2割	1割		
振込指定 金融機関名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※ 他法負担額			一部負担金額		決定額

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

（施術者が記入してください）

領 収 書					
（診療月 年 月分）					
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金額収済額 C	県単医療費助成額 B-C	
1日目	円	円	円	円	
2日目	円	円	円	円	
3日目	円	円	円	円	
4日目	円	円	円	円	
5日目以降	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・ その他（ ）		公費分費用		
			患者負担額(公費分)		
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。 年 月 日 施 術 所 所 在 地 名 称 様 施 術 者 氏 名 <span style="float: right;">印</span>					

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額（円単位四捨五入）を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

- 療養に要した費用の2割（経過措置対象者は1割）

<県障の場合>

- 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）ただし、阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例（平成16年阿賀野市条例第132号）第3条に規定する受給資格者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者については、一部負担金はありません。

<県親の場合>

- 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）ただし、阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成16年阿賀野市条例第120号）第3条に規定する対象者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者については、一部負担金はありません。

<単子の場合>

- 一部負担金の支払いはありません。

2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

第6号様式の4(第8条関係)

県親医療費助成申請書(入院時生活療養費用)

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所 阿賀野市  
氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受 診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	口座番号 フリガナ 口座名義人

注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。

2 " 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄(県親助成額単価×食事回数)

県親助成決定額 円

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

( 年 月診療分)

所得区分等	標準負担額	食事回数(回)	金額(円)
適用区分オ・低所得者II	210円/食		
低所得者I	130円/食		
低所得者I(老齢福祉年金 受給者)・境界層該当者	100円/食		
入院医療の必要性の高い者	210円・160円・100円/食		

様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名 称  
氏 名

印

※ 「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分2又は3等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。

※ 所得区分等(例:低所得II)及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

第9号様式から第11号様式までを次のように改める。

第9号様式（第11条関係）

### ひとり親家庭等医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女	
	生年月日		年	月	日
住 所	阿賀野市				
届出事項	変更年月日		年	月	日
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は 医療保険証・減額認定 証の記載事項の変更等 (減額認定証の交付・返納を含む。) 4 受給者のうち一部の 者に係る資格喪失 5 新たに監護又は養育 する児童が生じたこと					
変 更 事 項					
旧			新		

上記のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所 阿賀野市  
届出者  
氏 名

阿 賀 野 市 長 様

- 注 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。  
2 変更理由は詳しく記載してください。

第 10 号様式 (第 11 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
住 所	阿賀野市			
1 疾病・負傷の具体的内容				
2 事故発生原因及び発生日				
3 受診先医療機関の名称				
4 所轄警察署の立会いの有無 (有 ・ 無)				
有のとき：警察署名_____				
5 加害者の氏名、住所及び勤務先				

上記のとおり第三者の行為を原因とする疾病又は負傷について医療その他の療養を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所 阿賀野市  
届出者  
氏 名  
(受給者との続柄

阿賀野市長 様 )

### ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
住 所	阿賀野市			
1 資格喪失事由				
(1) 他の市町村に転出したため (転出先 )				
(2) ひとり親家庭でなくなったため (具体的理由)				
(3) ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者が死亡したため (氏名 )				
(4) その他 (具体的理由)				
2 資格喪失事由発生年月日				
年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所 阿賀野市  
届出者  
氏 名  
(受給者との続柄 )

阿賀野市長 様

注 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。



附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。