

阿賀野市規則第14号

阿賀野市子ども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

第5条第5項を削り、同条第6項中「第3項から前項まで」を「前2項」に改め、同項を同条第5項とする。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第2条関係)

決裁					担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日
受給資格の判定	適				否(理由)		
種別	入院() 通院()						

子ども医療費受給者証交付申請書							
受給申請者	ふりがな				性別	男 ・ 女	
	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所	TEL			子どもとの続柄		
	職 業			勤務先	TEL		
子ども	ふりがな				性別	男 ・ 女	
	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所				出生順位	第 子	
加入保険	記 号 番 号						
	協会 ・ 組(一般・退職) ・ 船 ・ 共 ・ 国保						
	被 保 険 者 (世 帯 主) 氏 名						
	保 険 者 名						
	保 険 者 住 所						
	負 担 割 合						
上記のとおり受給者証の交付を申請します。							
年 月 日							
阿賀野市長				申請者 住 所			
様				氏 名			

- (注) 1 申請の際必ず保険証を持参のこと。
2 申請者は太枠欄を記入しないこと。

第3号様式から第7号様式までを次のように改める。

第3号様式(第3条関係)

阿賀野市 子ども医療費受給者証									
子	公 費 負 担 者 番 号	9	0	1	5				
	自 己 負 担 分 号 公 費 負 担 者 番 号	9	1	1	5				
	受 給 者 番 号								/
	保 険 者								
受 給 者 氏 名									
子 ど も 氏 名									
子 ど も 生 年 月 日	年 月 日						性 別	男 ・ 女	
子 ど も 住 所									
受 給 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
発 行 機 関 名 印 及 び	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 県内の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に掲示してください。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。
なお、県外の医療機関においてはこの証は使えません。
- 3 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、医療機関窓口に掲示してください。
- 4 受給資格を喪失した場合やこの証の記載内容に変更が生じた場合は速やかに阿賀野市へ届け出てください。
- 5 他市町村に転出の場合は、転出先の市町村から新たに受給者証の交付を受けてください。
- 6 その他、分からないことがあったら、阿賀野市へお問い合わせください。

第4号様式(第4条関係)

決裁					担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

子ども医療費受給者証再交付申請書							
受給者	氏 名				子どもとの続柄		
	住 所						
子ども氏名					生年月日	年 月 日	
加入保険	被 保 険 者 氏 名						
	記 号 ・ 番 号						
	保 険 者 名						
<p>子ども医療費受給者証を破損したため再交付を申請します。</p> <p>亡失</p> <p>年 月 日</p> <p>阿賀野市長 様 申請者 住 所 氏 名</p>							

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。

第5号様式(第5条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住所
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	
受療者氏名 (子ども)		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	令和 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

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	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	保険診療点数	一部負担額
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪問看護	利用日数	日	当月分療養費 円
他法負担 の有無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業・ 母子保健法・児童福祉法・その他()	公費分点数	点
		患者負担額(公費分)	円

上記のとおり領収しました。

年 月 日

様(受給者氏名)

医療機関等

所在地
名称
氏名



- (注) 1 一部負担額の欄は、医療保険及び他法負担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)
2 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 助成申請額の計算方法

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額を控除した額が申請額となります。
- (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 同一个月内に、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（第5条関係）

（受給者が記入してください）

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	県単一部負担金領収済額 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					
印					

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2(第5条関係)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書 (□はり □きゅう □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				

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7号様式(第5条関係)

子ども医療費助成申請書(「療養費の支給」の助成用)					
年 月 日					
阿 賀 野 市 長 様					
申請者 住所 氏名					
下記のとおり 金 円 の医療費の助成を申請します。					
受給者証番号		保 険 者 名			
受給者氏名		記 号 ・ 番 号			
受療者氏名 (子 ども)		生 年 月 日 (子 ども)		年 月 日	
振込指定金融機関 (受給者名義の口座)	銀行・信組 農協・金庫	口座種別	普通・当座	口座名義 (フリガナ)	
	支店・支所	口座番号		口座名義 氏 名	
※ 他法負担額		一部負担額		決 定 額	

注1 ※印欄は記入しないこと。

2 「療養費の支給」による助成申請の場合は、保険者からの支給を証する書類を添付して申請すること。

第9号様式を次のように改める。

第9号様式(第7条関係)

決裁				担当者	受付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決裁	年 月 日

子ども医療費受給資格内容等変更届							
		受給者番号					
受給者	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所						
子ども	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所			出生順位	第 子		
		変更事由					
変更事項	変更受給者	住所					
		ふりがな			性別	男・女	
		氏名			生年月日	年 月 日	
		住所			子どもとの続柄		
		職業					
	加入保険	被保険者(世帯主)氏名					
		記号・番号					
		保険者					
		所在地					
		保険負担割合					
			子の数	子 → 子			
			その他				
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。							
年 月 日							
阿賀野市長			申請者 住所				
様			氏名				

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。