

○さつま町子ども医療費助成条例施行規則

平成17年3月22日

規則第64号

改正 平成18年12月22日規則第68号

平成22年7月1日規則第20号

平成25年12月12日規則第25号

平成30年7月20日規則第20号

(趣旨)

第1条 この規則は、さつま町子ども医療費助成条例(平成17年さつま町条例第99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。

(受給資格者の登録)

第2条 条例第4条に規定する助成金の支給を受けようとする者は、子ども医療費助成金受給資格者登録申請書(第1号様式)を町長に提出し、受給資格者としての登録を受けなければならない。

(受給資格者証の交付等)

第3条 町長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、子ども医療費助成金受給資格者台帳(第2号様式)に登録及び所要事項の記載を行うとともに、子ども医療費助成金受給資格者証(第3号様式)を交付するものとする。

2 条例第2条第6項に規定する世帯については、子ども(乳幼児)医療給付受給資格者証(第3号様式の2。以下、第3号様式と併せて「資格者証」という。)を交付するものとする。

3 受給資格者は、資格者証を破損し、又は亡失したときは、子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書(第4号様式)を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

(登録事項変更の届出)

第4条 受給資格者は、自己又はその保護する子どもについて、住所の変更又は加入保険の変更があったときは、子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届(第5号様式)に資格者証を添えて、速やかに町長に届け出なければならない。

(助成金の支給申請)

第5条 条例第7条第1項に規定する助成金の支給申請は、子ども医療費助成金支給申請書(第6号様式)に病院、診療所、薬局、その他の療養機関(以下「医療機関等」という。)の証明(医療機関等が領収証を発行するときは当該領収証)を付し、資格者証を添えて行うものとする。

(助成金額の決定)

第6条 町長は、条例第7条第2項の規定による申請があったものとみなされるとき又は前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る支給の額を決定するものとする。

(資格者証の返還)

第7条 受給資格者が、その資格を喪失したときは、速やかに資格者証を町長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年3月22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、合併前の鶴田町乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年鶴田町規則第12号)、薩摩町乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年薩摩町規則第11号)又は宮之城町においてなされた処分、手続その他の行為は、それぞれ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18年12月22日規則第68号)

この規則は、公布の日から施行し、平成19年3月1日以降の診療分から適用する。

附 則(平成22年7月1日規則第20号)

この規則は、平成22年7月1日から施行する。

附 則(平成25年12月12日規則第25号)

(施行期日)

1 この規則は、平成26年1月1日から施行する。

(さつま町児童生徒入院医療費助成条例施行規則の廃止)

2 さつま町児童生徒入院医療費助成条例施行規則(平成22年さつま町規則第9号)は、廃止する。

附 則(平成30年7月20日規則第20号)

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

第1号様式(第2条関係)

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

さつま町長 様

申請者 (監護者)	住所	さつま町	連絡先	自宅	
	氏名			携帯	

さつま町子ども医療費助成金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。

なお、さつま町子ども医療費助成金受給資格登録又は助成金決定に関して、私及び私の世帯員の個人町県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。

また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記子ども等の受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険連合会又は社会保険診療報酬支払基金に送付することに同意します。

◆ 子ども				
	氏 名(フリガナ)	生年月日	性別	申請者との続柄
1	()	・ ・	男・女	
2	()	・ ・	男・女	
3	()	・ ・	男・女	
4	()	・ ・	男・女	

◆ 取得事由(あてはまるものに○をつけてください。)

- | | | | |
|--------|-------------|-------------|--------|
| 1 出生 | 2 町外からの転入 | 3 県外からの転入 | 4 施設退所 |
| 5 生保廃止 | 6 ひとり親等助成喪失 | 7 ひとり親等所得超過 | 8 その他 |

◆ 加入医療保険情報(保険証の写しの提出がある方は記入不要です。)

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名(フリガナ)		()		
子どもとの続柄		資格取得年月日	年 月 日	
保険者番号		保険者名称		

◆ 振込先口座情報(資格登録済みの子どもがいる方、通帳の写しの提出がある方は記入不要です。)

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人(フリガナ)	()		

◆ 該当があればチェックを入れてください
市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口での支払いが無くなる
「乳幼児医療給付受給資格者証」の交付を 希望しない

注1 ※受給資格者と申請者及び監護者は一致すること。

第2号様式（第3条関係）

子ども医療費助成金受給資格者台帳（資格者証交付簿）

受給資格者証番号	交付年月日	受給資格者		子ども				子どもに係る医療保険					受給期間
		氏名	住所	氏名	生年月日	性別	受給資格者との続柄	加入保険種別	保険証記号番号	被保険者又は組合員		付加給付	
										氏名	子どもとの続柄		

第3号様式（第3条関係）

（表）

さつま町子ども医療費助成金受給資格者証			
市町村番号	事業番号	受給資格者証番号	
フリガナ			
子	氏 名		
ど	も	生年月日	性別
住 所			
受給資格者			
保険証記号番号			
保険者名称			
受給期間		年 月 日から	年 月 日まで
年 月 日発行	さつま町長		

（裏）

注 意 事 項	
1	鹿児島県内の保険医療機関等で受診するときは、被保険者証又は組合証に添えてこの証を窓口で必ず提示し、保険診療にかかる自己負担金をお支払いください。
2	鹿児島県外の保険医療機関等で受診したときや、鹿児島県内でこの証を提示せずに受診した場合は、保険診療にかかる自己負担金をお支払い後、領収証等を支給申請書に添えて町へ提出してください。（申請期限は診療の翌月から起算して6月以内です。）
3	助成金の額 保険診療による一部負担金（ただし、ご加入の保険者から支給される高額療養費や付加給付金等は控除し助成します。）
4	転出・死亡・他医療費助成の開始の場合や、受給者・氏名・ご加入の保険・振込先口座等に変更があるときは町への届出が必要です。
5	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。

第3号様式の2（第3条関係）

（表面）

子ども（乳幼児）医療給付受給資格者証											
有効期間	自	年			月		日				
	至	年			月		日				
公費負担者番号 （一部負担金：0円）		8	0	4	6	0	2	2	3		
受給者番号											
受給資格者	氏名										
	住所										
乳幼児	(フリガナ)							受給資格者との続柄			
	氏名										
	生年月日		年			月		日		男・女	
	住所										
医療保険	被保険者氏名										
	保険証記号							番号			
	保険者名										
	付加給付の有無										
年 月 日発行											
さつま町長											

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診したときに、一部負担金を支払わなくても受診できることを証明するものですので、大切に保管してください。
ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。
 - 2 保険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窓口
に必ず提示してください。
 - 3 鹿児島県外の保健医療機関等で受診した時や、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関の受診証明又は、領収証等を添えて、子ども支援課子ども健康係に助成金の支給申請をしてください。
 - 4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となる場合は、手続きが必要となる場合があります。
 - 5 次に書いてあることが生じたときは、必ず子ども支援課子ども健康係まで届け出て、係員の説明を受けてください。
 - (1) あなたの世帯の世帯区分が、非課税から課税に修正されたとき。
 - (2) あなた又は乳幼児の住所、氏名、医療保険に変更があったとき。
 - (3) 乳幼児が生活保護法の適用を受けるようになったとき。
 - (4) 乳幼児がさつま町から転出するとき、又は死亡したとき。
 - (5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。
 - 6 毎年7月1日～31日までの間に更新の手続きを行います。7月31日までに所得課税証明書を提出してください。(なお、本町で確認できる場合は、提出は不要です。)
詳しくは、子ども支援課子ども健康係にお尋ねください。
電話 0996-53-1111
- ※ 日頃からなんでも相談できる「かかりつけ医」を持ち、まずは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。
- ※ 夜間における子どもさん（おおむね15歳未満の子ども）の急な病気について、看護師等が応急処置や医療機関の受診の必要性などの助言を行う「鹿児島県小児救急電話相談」を実施しています。
- 電話番号「#8000」番（又は099-254-1186）携帯電話からも利用可能
- 受付時間 平日・土曜日19時～翌朝8時
日曜・祝日・年末年始8時～翌朝8時

第4号様式（第3条関係）

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

さつま町長 様

申請者 住 所 さつま町

氏 名 ㊟

連絡先

受給資格者	住所	さつま町		
	氏名			
◆ 子ども				
受給資格者証番号	氏名(フリガナ)		生年月日	受給資格者との続柄
1	()		・ ・	
2	()		・ ・	
3	()		・ ・	
◆ 申請理由（あてはまるものに○をつけてください。）				
1 紛失	2 破損	3 汚損	4 その他 ()	

注1 受給資格者証を紛失したとき以外は、受給資格者証を添えてください。

注2 記名押印に代えて署名することができます。

第5号様式（第4条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

年 月 日

さつま町長 様

申請者 住 所 さつま町

氏 名 ㊟

連絡先

受給資格者	住所	さつま町	
	氏名		
◆ 子ども			
受給資格者証番号	氏名(フリガナ)	生年月日	受給資格者との続柄
1	()	・ ・	
2	()	・ ・	
3	()	・ ・	
◆ 変更内容（保険証の写し又は通帳の写しの提出がある方は記入不要です。）			
変更事項	変更年月日	変更後	変更前
<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> その他	・ ・		

注1 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が子どもを監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。

注2 記名押印に代えて署名することができます。

注3 町内間の転居の場合は特に手続きは必要ありませんが、本庁・各支所の窓口にて申請いただくと、新住所の受給資格者証を発行します。

第6号様式（第5条関係）

子ども医療費助成金支給申請書			
			年 月 日
さつま町長 様			
申請者		住 所	さつま町
		氏 名	Ⓜ
連絡先			
受給資格者氏名		診療月	年 月分
◆ 子ども			
受給資格者証番号	氏名(フリガナ)	生年月日	受給資格者との続柄
	()	. .	
◆ 子どもの加入医療保険情報			
被保険者証	記号	番号	
被保険者氏名		保険者名称	

医療機関等の証明					
診療月	年 月分		患者氏名		
療養の給付総点数	入院	点	療養の給付に係る 一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
うち他方制度負担金		点	証明手数料の徴収	有 () 円 ・ 無	
年 月 日 上記のとおり、一部負担金を領収しました。 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 Ⓜ					

- 注1 記名押印に代えて署名することができます。
- 注2 医療機関等の証明欄は、医療機関等で記入してもらってください。
ただし、領収書を添付するときは記入の必要はありません。
- 注3 診療の翌月から起算して6月以内に申請してください。
- 注4 同一月分は、一回にまとめて申請してください。

(裏)

※市町村記入欄

区分	一部負担金 A	付加給付の額 B	他方制度に よる負担額 C	自己負担額 (A - B - C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D + E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

第1号様式(第2条関係)

第2号様式(第3条関係)

第3号様式(第3条関係)

第3号様式の2(第3条関係)

第4号様式(第3条関係)

第5号様式(第4条関係)

第6号様式(第5条関係)