

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則

平成18年3月31日

規則第7号

改正 平成19年10月1日規則第17号
平成20年3月27日規則第7号
平成24年6月30日規則第16号
平成24年6月30日規則第17号
平成25年6月29日規則第11号
平成25年12月17日規則第16号
平成27年12月28日規則第26号
平成28年3月11日規則第5号

甲斐市ひとり親家庭等医療費助成金支給条例施行規則（平成16年甲斐市規則第62号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例（平成18年甲斐市条例第7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。

（用語）

第1条の2 この規則において使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

（条例第3条第1項ただし書の規則で定める特別の事情）

第1条の3 条例第3条第1項ただし書の規則で定める特別の事情は、次に掲げる事情とする。

- (1) 身体又は生命に危険が生じるおそれがあること。
- (2) その他市長がやむを得ないと認める事情

（受給者証の交付申請）

第2条 条例第6条の規定による申請は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証交付（更新）申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。ただし、市長は、当該書類により証明すべき事実を公簿等で確認することができるときは、その添付を省略することができる。

- (1) 医療保険各法による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類
- (2) 戸籍の謄本又は抄本
- (3) 世帯の全員の住民票の写し
- (4) ひとり親等の所得の状況を証する書類

(5) ひとり親等の配偶者又は扶養義務者の所得の状況を証する書類

(6) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）による児童扶養手当の支給を受けている者が、児童扶養手当証書を提示したときは、前項第2号、第3号及び第5号の書類を省略することができる。

3 市長は、条例第6条の規定により申請があった場合において、受給資格があると認定したときは、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付し、受給資格がないと認めるときは、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証交付（更新）申請却下通知書（様式第3号）により通知する。

（受給者証の有効期間）

第3条 受給者証の有効期間は、申請日（更新の場合にあっては毎年9月1日）から、当該日以後の最初の8月31日又は受給資格喪失日のいずれか早い日までとする。

2 次の各号のいずれかに該当するときは、当該各号に定める日を申請日とみなす。

(1) 対象者となった日の翌日から起算して15日以内に第1項の規定による申請をしたときは、対象者となった日

(2) 災害その他やむを得ない理由により第1項の規定による申請をすることができなかつた場合において、やむを得ない理由がやんだ日の翌日から起算して15日以内に当該申請をしたときは、やむを得ない理由により当該申請をすることができなくなつた日

（受給者証の更新）

第4条 受給者は、受給者証の有効期間満了後も引き続き医療費の助成を受けようとするときは、毎年8月1日から8月31日の間に受給者証の更新を市長に申請しなければならない。

2 前項の申請は第2条を準用する。

（受給者証の再交付申請）

第5条 受給者は、条例第6条の規定により受給者証の再交付を受ける場合は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証再交付申請書（様式第4号）に当該受給者証を添付して、市長に提出するものとする。

2 受給者は、前項の規定により受給者証の再交付を受けた後、亡失した受給者証を発見したときは、直ちに市長に返還しなければならない。

（委託）

第5条の2 条例第8条第1項の規定による保険医療機関等への支払に関する費

用の審査及び支払に関する事務は、山梨県国民健康保険団体連合会及び山梨県社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

(条例第8条第3項の規則で定める場合)

第5条の3 条例第8条第3項の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- (1) 受給者が、山梨県内の保険医療機関等で療養の給付又は訪問看護療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給を受けた場合で、当該保険医療機関等の窓口で受給者証を提示しないとき。
- (2) 山梨県外の保険医療機関等で療養等を受けた場合
- (3) 医療保険各法に規定する入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、家族療養費又は特別療養費の支給の対象となる療養等を受けた場合
- (4) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に規定する被保険者資格証明書により療養等を受けた場合
- (5) 母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく養育医療の給付の対象となる療養等を受け、かつ、同法第21条の4第1項の規定により扶養義務者が費用を徴収されることとなる場合
- (6) 山梨県内に事務所を有しない国民健康保険組合のうち次に掲げるもの以外のもの又は山梨県外の市町村が行う国民健康保険の被保険者が療養等を受けた場合
 - ア 全国歯科医師国民健康保険組合
 - イ 全国土木建築国民健康保険組合
 - ウ 中央建設国民健康保険組合
- (7) 前各号に掲げる場合のほか、市長において必要があると認める場合
(助成の請求等)

第6条 条例第8条第3項の請求は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金請求書（様式第5号）により行わなければならない。

2 市長は、前項に規定する請求があった場合において、必要があると認めるときは、受給者に対し関係書類の提出を求めることができる。

3 前2項の規定にかかわらず、前条第5号に規定する場合にあっては、山梨県から本市に納入通知書が送付されることにより受給者から第1項の規定による請求があったものとみなし、市が当該納入通知書により山梨県に支払を行うことにより受給者に対し助成金の支給があったものとみなす。

(届出)

第7条 条例第10条の規定による変更の届出は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格等変更届（様式第6号）に受給者証を添えて行わなければならない。

2 条例第10条の規定による受給資格喪失の届出は、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失届（様式第7号）に受給者証を添えて行わなければならない。

3 条例第10条の規定による助成金の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときの届出は、甲斐市第三者行為による被害状況届（様式第8号）により行わなければならない。

（受給資格喪失の通知）

第8条 市長は、受給者の家庭に属する対象者全員について受給資格の喪失を認めるときは、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失通知書（様式第9号）により受給者に通知する。

（受給者証の返還）

第9条 受給者は、受給資格を喪失したとき、又は新たな受給者証の交付を受けたときは、速やかに受給者証を市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18年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則の規定は、施行の日以後の受給資格の認定申請から適用し、同日前の受給資格の交付の申請については、なお従前の例による。

3 この規則による改正前の甲斐市ひとり親家庭等医療費助成金支給条例施行規則の規定により交付してある受給者証は、当該受給者証の有効期限が満了するまでは、この規則による改正後の相当規定により交付したものとみなす。

附 則（平成19年10月1日規則第17号）抄

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（様式に関する経過措置）

3 この規則の施行の際現にある第2条の規定による改正前の政治倫理の確立のための甲斐市長の資産等の公開に関する規則、第3条の規定による改正前の甲斐市情報公開条例施行規則、第5条の規定による改正前の甲斐市市民カードの交付等に関する規則、第6条の規定による改正前の甲斐市印鑑条例施行規則及び第10条の規定による改正前の甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則による様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、それぞれこの規則による改正後の様式によるものとみなす。

4 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成20年3月27日規則第7号）

（施行期日）

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式（様式第2号を除く。次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成24年6月30日規則第16号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年7月9日から施行する。

（様式に関する経過措置）

2 この規則の施行の際現にある第3条の規定による改正前の甲斐市個人情報保護条例施行規則、第6条の規定による改正前の甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則及び第8条の規定による改正前の甲斐市下水道排水設備指定工事店規則による様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、それぞれこの規則による改正後の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成24年6月30日規則第17号）

この規則は、平成24年9月1日から施行する。

附 則（平成25年6月29日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成25年12月17日規則第16号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26年1月3日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にある改正前の規則の様式の規定による書類は、改正後の規則の様式の規定による書類とみなす。

附 則（平成27年12月28日規則第26号）抄

（施行期日）

第1条 この規則は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用

等に関する法律（平成25年法律第27号）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日（平成28年1月1日）から施行する。

（甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則の一部改正に伴う経過措置）

第7条 この規則の施行の際、第8条の規定による改正前の甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成28年3月11日規則第5号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の甲斐市情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の甲斐市個人情報保護条例施行規則、第4条の規定による改正前の甲斐市財務規則、第5条の規定による改正前の甲斐市中国残留邦人等に対する支援給付事務取扱細則、第6条の規定による改正前の甲斐市児童福祉法施行細則、第7条の規定による改正前の甲斐市助産施設及び母子生活支援施設入所措置規則、第8条の規定による改正前の甲斐市ひとり親家庭医療費助成金支給条例施行規則、第9条の規定による改正前の甲斐市保育所保育実施条例施行規則、第10条の規定による改正前の甲斐市保育の必要性の認定に関する基準を定める条例施行規則、第11条の規定による改正前の甲斐市児童手当事務取扱規則、第12条の規定による改正前の甲斐市子ども手当事務処理規則、第13条の規定による改正前の甲斐市障害児福祉手当及び特別障害者手当等事務取扱規則、第14条の規定による改正前の甲斐市老人福祉法施行細則、第15条の規定による改正前の甲斐市老人福祉法に基づく費用の徴収に関する規則、第16条の規定による改正前の甲斐市老人医療事務取扱細則、第17条の規定による改正前の甲斐市後期高齢者医療に関する条例施行規則、第18条の規定による改正前の甲斐市身体障害者福祉法施行細則、第19条の規定による改正前の甲斐市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則、第20条の規定による改正前の甲斐市基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則、第21条の規定による改正前の甲斐市身体障害者更生援護施設入所者の措置に要する費用徴収に関する規則、第22条の規定による改正前の甲斐

市まちをきれいにする条例施行規則、第24条の規定による改正前の甲斐市土砂等による土地の埋立て等の規制に関する条例施行規則、第25条の規定による改正前の甲斐市景観条例施行規則、第26条の規定による改正前の甲斐市都市計画下水道事業受益者負担金に関する条例施行規則及び第27条の規定による改正前の甲斐市公共下水道区域外流入分担金の徴収に関する条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号(第2条関係)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証交付(更新)申請書

受給者番号

①申請者	ふりがな			氏名			性別	男 女	生年月日	年 月 日	出生		
	個人番号			住所	〒		電話番号	()	携帯番号	()			
	勤務先	住所		会社名			電話番号	()					
	生活保護の受給状況	1 受給(年 月 日から)		2 非受給									
	児童扶養手当の受給状況	1 受給(年 月から:証書番号 第 号)		2 非受給		3 申請中							
ひとり親家庭となった理由	ア 離婚 イ (父、母)死亡 ウ (父、母)障害 エ (父、母)生死不明 オ (父、母)遺棄 カ 保護命令 キ (父、母)拘禁 ク 未婚の母で父がいない ケ 養育者(乳親者なし) ニ 養育者(配偶者あり) セ その他()												
②家族の状況	区分	ふりがな	生年月日	続柄	性別	同居・別居の別	監護又は養育を始めた年月日	他医療助成の有無	職業又は学校名				
	申請者			申請者本人					有 無				
	児童				男 女	同居 別居			有 無				
	児童				男 女	同居 別居			有 無				
	児童				男 女	同居 別居			有 無				
	児童				男 女	同居 別居			有 無				
	同居者の有無(人数) 無 有() ※申請者と児童の数を除きます。												
	扶養義務者				男 女	同居 別居							
	配偶者				男 女	同居 別居							
	④振込先金融機関	銀行・農協 信金・信組		支店	普通 当座	口座 番号	口座 名義			申請者本人			
⑤加入	保険の種類		1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済					
世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		申請者との続柄		1 本人		2 その他()							
処理区分	1 新規 2 転入 3 その他()			4 更新									
認定区分	1 母子家庭の 母と子				2 父子家庭の 父と子		3 配偶者のない養育者と 父母のない児童		4 父母のない児童				
提出・提示書類	戸籍簿本(抄本) : 添付 公簿確認 児童扶養手当証書 その他() 住民票 : 添付 公簿確認 児童扶養手当証書 その他() 所得証明書等(本人) : 添付 公簿確認 その他() 所得証明書等(扶養義務者等) : 添付 公簿確認 児童扶養手当証書 その他() 健康保険証 : 提示及び写し付 公簿確認 減額認定証 : 提示 その他確認書類 : 申立書添付() その他()												
他の医療費助成制度の受給資格確認			年分 税調査			備考		助成対象・非対象の別		扶養番号			
制度名() 助成内容 全額助成 一部助成			1 非課税 2 課税 3 未申告					対象 非対象					
制度名() 助成内容 全額助成 一部助成								対象 非対象					
制度名() 助成内容 全額助成 一部助成								対象 非対象					
制度名() 助成内容 全額助成 一部助成								対象 非対象					
制度名() 助成内容 全額助成 一部助成								対象 非対象					
年分所得状況	控除対象扶養親族等の数		うち老人控除対象扶養親族数		所得額		控除額		控除後の所得額		限度額		
	人	人	円	円	() 円	() 円	() 円	() 円	円	円			
審査結果			認定年月日		年 月 日		助成開始年月日		年 月 日		市(町)単		
			受給者証交付年月日		年 月 日								

記号番号	保険者名称(発行機関名)	
保険者所在地	電話 ()	
附加給付	1 有()	2 無()
標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)	1 有(対象者:)	2 無()
上記のとおり、ひとり親家庭医療費助成金の受給資格の認定(更新)を申請します。		受付印
年 月 日		
甲斐市長 様		氏名 印

却下	理由:	1 所得税課税	2 扶養義務者等の所得制限超過
		3 結婚	4 監護(養育)なし
	却下年月日:	年 月 日	5 その他()
	却下通知年月日:	年 月 日	
備考			

《注意》1 裏面の注意をよく読んで丸印の中を記載して下さい。
2 記名押印に代えて、署名することができます。

《記入上の注意》

①の欄

「申請者」は、ひとり親家庭の親又は養育者を記入してください。
「氏名・生年月日・住所」欄は、戸籍又は住民票に記載されているとおり記入してください。やむを得ない理由により現住所と住民登録地が違ふときは、現住所を()書きで記入し、「住所要件の申立書」を提出してください。

②の欄

ひとり親家庭となった理由について、該当する記号を○で囲んでください。

③の欄

- (1) 申請者と児童(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)について記入してください。
- (2) 「監護又は養育を始めた年月日」は、ひとり親家庭となった年月日を記入してください。
- (3) 「他医療助成の有無」欄は、他の医療助成制度による医療給付受給資格の有無を○で囲んでください。
- (4) 「同居人の有無」欄は、同居している申請者の父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹の有無を○で囲み、いる場合はその人数を記入して下さい。
- (5) 「扶養義務者」欄は、同居している申請者の父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹の氏名及びあなたとの続柄を記入してください。同居の親族が2人以上いるときは、一番所得の多い人を記入してください。
- (6) 「配偶者」欄は、婚姻の届出はしていないが事実上の婚姻関係にある者も含まれます。

④の欄

支給される医療費の振込先金融機関(申請者名義の口座)を記入してください。

⑤の欄

- (1) 「保険の種類」欄は、該当する番号を○で囲んでください。
「国保」は国民健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「協会」は全国健康保険協会保険、「日雇」は日雇特別被保険者、「船員」は船員保険、「共済」は国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済組合の略です。
- (2) 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」欄の(対象者：)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。

《注》

- (1) ひとり親家庭又は父母のない児童の養育者に該当しなくなった場合は、速やかに受給資格者証を返還してください。
- (2) ひとり親家庭の児童の中に受給資格を喪失した者がある場合には、別途受給資格変更届に受給資格者証を添付して速やかに届け出してください。
- (3) この申請書についてわ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。

《備考》

この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

1 ひとり親家庭に該当する場合

- (1) 申請者と児童の健康保険証及び入院時食事療養費について標準負担額の減額認定を受けている人は減額認定証
- (2) 申請者の前年(1月から7月末日までの間に受給資格の登録がなされる場合にあっては前々年)の所得が確認できる書類(所得証明書)
- (3) 配偶者又は扶養義務者の前年の所得が確認できる書類
- (4) 申請者と児童の戸籍謄本又は抄本
- (5) 世帯全員の住民票の写し

現住地と住民登録地とが違ふときは、「住所要件の申立書」

(6) 次の場合は、その事実を明らかにすることができる書類

- ① 配偶者に障害がある場合 診断書(身体障害者手帳又は療育手帳により障害程度の確認が可能な場合は、当該手帳の写し)

② 配偶者の生死が不明な場合 警察署の証明、民生委員の証明及び本人の申立書

③ 配偶者から遺棄されている場合 警察署の証明、民生委員の証明及び本人の申立書

④ 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律第10条第1項(同法第28条の2において準用する場合を含む。)の規定による命令を受けている場合 保護命令決定書の謄本及び確定証明書

⑤ 配偶者が拘禁されている場合 拘禁証明書

⑥ 児童が別居している場合 寮などの証明書及び監護事実の申立書

(7) ②から⑥に掲げる書類については、添付を省略することができますので、担当者におたずねください。

また、あなたが児童扶養手当受給者である場合は、児童扶養手当証書の提示により③から⑥までの書類の添付を省略することができます。

2 父母のない児童の養育者の場合

(1) 児童の健康保険証及び入院時食事療養費について標準負担額の減額認定を受けている場合は減額認定証

(2) (養育者ご自身に配偶者がいない場合)申請者の健康保険証及び入院時食事療養費について標準負担額の減額認定を受けている場合は減額認定証

(3) 申請者の前年(1月から7月末日までの間に受給資格の登録がなされる場合にあっては前々年)の所得が確認できる書類(所得証明書)

(4) 配偶者又は扶養義務者の前年の所得が確認できる書類

(5) 当該児童の父及び母の戸籍謄本又は抄本

(6) (養育者ご自身に配偶者がいない場合)養育者の戸籍謄本又は抄本

(7) 父母のない児童の属する世帯全員の住民票

(8) (養育者ご自身に配偶者がいない場合)申請者の属する世帯全員の住民票

現住地と住民登録地とが違ふときは、「住所要件の申立書」

(9) 父母のない児童を養育している事実の証明書若しくは申立書

(10) ③から⑨に掲げる書類については、添付を省略することができますので、担当者におたずねください。

また、あなたが児童扶養手当受給者である場合は、児童扶養手当証書の提示により④、⑤(7)及び⑥の書類の添付を省略することができます。

様式第2号(第2条関係)

(表)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証								
公費負担者番号	8	2	1	9				
受給者番号								
被保険者証の記号番号								
保 険 種 別								
保 険 者 番 号								
受 給 者	住 所							
	氏 名						性 別	
	生年月日	年 月 日						
有 効 期 限		年 月 日 から 年 月 日 まで						
甲斐市長 印								
交 付 年 月 日		年 月 日						

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、保険医療機関等に医療保険の一部負担金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管してください。
- 2 この証は、本人以外は使えません。
- 3 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提示してください。
- 4 次の場合には、保険医療機関等で自己負担をお支払いいただきます。
 - (1) 保険医療機関等の窓口で保険証・受給資格者証を提示しない場合
 - (2) 山梨県外の保険医療機関等で受診する場合
 - (3) 県内の保険医療機関等で、窓口無料化の取扱いをしない場合※上記の場合は、保険医療機関等の領収証を添えて、所定の申請書により市役所へ助成金の請求をしてください。提出期限は、診療を受けた月の翌月の初日から起算して2年以内です。
- 5 転出、婚姻(事実婚を含む。)等受給資格者としての資格がなくなったときは、この証は使えなくなりますので、速やかにお返してください。
- 6 氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったとき、又は療養が第三者の行為(交通事故等)によるときは、その旨を届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、速やかに市長に届け、再交付を受けてください。
- 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に届け、更新を受けてください。
- 9 問い合わせ先
甲斐市

様式第3号(第2条関係)

第 号
年 月 日

様

甲斐市長

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証交付(更新)申請却下通知書

年 月 日付で申請のありましたひとり親家庭医療費助成に係る受給資格の認定について、次の理由で申請を却下しましたので通知します。

申請者氏名

却下理由

〈教示〉

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に甲斐市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、甲斐市を被告として(訴訟において甲斐市を代表するものは甲斐市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から起算して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。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

様式第4号(第5条関係)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

下記のとおり、甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証の再交付を申請します。

申請事由	1 なくした	2 破いた	受給者番号								
	3 汚した	4 その他 ()									
対象者	枝番号	氏名	性別	続柄	生年月日						
	1		男・女		・						
	2		男・女		・						
	3		男・女		・						
	4		男・女		・						
	5		男・女		・						
備考											

《注意》

- 1 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。
- 2 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。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。

様式第5号(第6条関係)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金請求書

甲斐市長 様

下記のとおり支給されるよう申請します。

受付番号	
申請年月日	年 月 日

申請者記入欄	申請者(保護者)	氏名		受給者番号		
	該当者	住所	()	加入保険	区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他()
		電話番号			保険証番号	
		氏名			保険名称	
	生年月日	年 月 日生				

医療機関等記入欄	年 月 分		入院時食事療養費	総日数		日	医療機関等の証明 左記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日
	区分	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤	訪問看護療養費	標準負担額		円	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		総費用		円	
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	回数		回		
	診療報酬請求点数	点	基本利用料		円		
			総費用		円		
公費負担	有()円・無	その他負担額		円			

市町村記入欄	療養に要した費用額	円 …(A)	付加給付額(高額療養費)	円 …(D)
	保険者負担額(公費負担含む。)	円 …(B)	入院食事負担額	円 …(E)
	法定一部負担額(A) - (B)	円 …(C)	保護者負担額	円 …(F)
	支給申請額 (C) - (D) + (E) - (F)			円

※請求は、医療を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内をお願いします。

様式第6号(第7条関係)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

次のとおり変更になりましたので、届け出ます。

受給者番号							
変更事由	1 氏名 2 住所 3 加入医療保険 4 振込先金融機関 5 対象児童増 6 対象児童減 7 その他()						
変更年月日	年 月 日						
	旧			新			
氏名							
住所							
加入医療保険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済			1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済		
	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名						
	申請者との続柄	本人 その他()			本人 その他()		
	記号番号						
	保険者名						
	保険所在地	電話 ()			電話 ()		
附加の有無	有 無			有 無			
振込先金融機関	金融機関・支店名	銀行・農協 支店 信金・信組			銀行・農協 支店 信金・信組		
	口座番号	/ /			/ /		
	口座の種類	普通 当座			普通 当座		
その他							
対象児童の増減	ふりがな(対象児童)氏名	生年月日		続柄	性別	同居・別居の別	他医療助成制度の受給資格
		年 月 日生			男 女	同居 別居	有 無
	増減理由						

《注》 1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。
 3 受給者証を添付してください。

様式第7号(第7条関係)

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失届

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

次のとおり受給資格が喪失したので届け出ます。

受給者番号							
資格喪失事由	1 ひとり親家庭でなくなった () 具体的理由：ア 婚姻(事実婚を含む) イ 児童を監護しなくなった ウ 児童が18歳年度末に達した エ その他 () 2 他市町村へ転出 (転出先) 3 ひとり親家庭の親もしくは養育者が死亡した 4 所得要件に該当しなくなった 5 生活保護を受給することになった 6 その他 ()						
資格喪失事由 発生年月日	年 月 日						
対象者	枝番号	氏名	性別	続柄	生年月日		
	1		男・女		・		
	2		男・女		・		
	3		男・女		・		
	4		男・女		・		
	5		男・女		・		

《注》

- 1 受給者証を添えて提出してください。
- 2 資格喪失事由発生年月日の翌日から、助成を受けられなくなりますので、ご注意ください。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。

様式第8号(第7条関係)

甲斐市第三者行為による被害状況届

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

次のとおり第三者の行為により被害を受けましたので届け出ます。

被害に遭った 対象者氏名		受給者番号								
事故の 状況	発 生 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃								
	発 生 場 所									
	原因とその状況									
被害の 状況	傷 病 名									
	初 診 年 月 日	年 月 日								
	診 療 期 間	年 月 日～ 年 月 日 見込 終了								
	受 診 医療 機 関	名 称								
所 在 地		電話 ()								
加害者	氏 名									
	住 所	電話 ()								
損 害 賠 償 の 有 無	有 無									
備 考										

様式第9号(第8条関係)

第 号
年 月 日

様

甲斐市長

甲斐市ひとり親家庭医療費助成金受給資格喪失通知書

下記のとおり、受給資格が喪失しましたので通知します。

資格喪失者氏名	
対象者氏名	
資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失事由	

〈教示〉

- 1 ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証は、資格喪失年月日以降は使えなくなっています。返却済でない方は速やかにお返しく下さい。郵送等でも結構です。
- 2 消滅した年月日以降に助成を受けた場合は、助成を受けた額をお返しいただくこととなりますのでご注意ください。
- 3 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に甲斐市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、甲斐市を被告として(訴訟において甲斐市を代表するものは甲斐市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から起算して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。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

