

○牟岐町子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則

平成18年9月28日

規則第9号

改正 平成19年3月1日規則第5号

平成21年9月30日規則第6号

平成22年3月31日規則第6号

平成24年12月21日規則第12号

平成28年6月17日規則第13号

牟岐町乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則（平成13年規則第1号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、牟岐町子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例（平成18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。

（条例第2条第4項の規則で定める法令）

第2条 条例第2条第4項に規定する規則で定める法令とは、次に掲げる法律とする。

- (1) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (2) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

（条例第2条第5項の規則で定める医療）

第3条 条例第2条第5項に規定する規則で定める医療とは、次の各号に掲げる医療とする。

- (1) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第20条第2項に規定する療育医療
- (2) 母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条第1項に規定する養育医療
- (3) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5による小児慢性特定疾患治療研究事業
- (4) 昭和48年4月17日衛発第242号による特定疾患治療研究事業
- (5) 独立行政法人日本スポーツ振興センター法（平成14年法律第162号）に規定する災害共済給付
- (6) 学校保健安全法（昭和33年法律第56号）第24条及び第25条に規定する地方公共団体の援助及び国の補助

(条例第4条第1項に規定する額)

第4条 条例第4条第1項に規定する額は、病院若しくは診療所等（保険薬局を除く。）の診療報酬明細書（訪問看護診療費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに、次の各号に掲げる区分に対し定める額とする。なお、医療に関する給付に要する費用のうち、医療保険各法の規定により、助成者が負担することになる費用が次の額に満たないときは、当該金額とする。

(1) 入院に係る医療費 6歳の誕生日の前日の属する月の翌月の初日から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 600円

(2) 通院に係る医療費 3歳の誕生日の前日の属する月の翌月の初日から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 600円

(子どもはぐくみ医療費受給者証の交付の申請)

第5条 子どもはぐくみ医療費受給者証の交付を受けようとする者は、あらかじめ子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書（様式第1号）に町長が必要とする書類を添付して町長に提出するものとする。

2 子どもはぐくみ医療費受給者証の交付の申請を行った者は、町長が所得額に関する書類等の提出を必要と認める場合には、速やかに当該書類を町長に提出しなければならない。

(子どもはぐくみ医療費受給者証の交付)

第6条 町長は、前条第1項の規定による申請を行った者が助成対象者であることを確認したときは、当該申請を行った者に対して、子どもはぐくみ医療費受給者証（様式第2号）（以下「受給者証」という。）を交付しなければならない。

2 前項の規定により交付された受給者証の有効期間は、交付の日から直近の6月30日までとする。ただし、対象子ども等が、18歳に達する日以後の最初の3月31日をこえることはできない。

3 受給者証の有効期間を更新しようとする者は、6月1日から同月30日までの間に、受給者証交付申請書（様式第1号）に町長が必要とする書類を添付して町長に提出しなければならない。

4 前項の規定により受給者証の有効期間の更新がなされた場合における受給者証の有効期間は、従前の受給者証の有効期間の満了の日の翌日から1年とする。ただし、対象子ども等が、18歳に達する日以後の最初の3月31日をこえることはできない。

5 受給者証の交付を受けた者（以下「受給者」という。）は、受給者証の交付を受けた後、条例第3条第1項に規定する資格を失ったときは、直ちに受給者証を町長に返還しなければ

ばならない。

(受給者証の再交付の申請)

第7条 受給者は、受給者証を破り、よごし、又は失ったときは、次に掲げる事項を記載した申請書を町長に提出して、その再交付を受けることができる。

- (1) 受給者の氏名及び生年月日
- (2) 対象子ども等の氏名及び生年月日
- (3) 再交付申請の理由
- (4) 受給者証の番号

2 前項の申請が受給者証を破り、又はよごしたことによるものであるときは、同項の申請書に当該受給者証を添えなければならない。

3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、直ちにこれを町長に返還しなければならない。

(受給者証の変更届)

第8条 受給者は、次に掲げる事項について変更が生じた場合には、14日以内に、変更の事項を明らかにした届書に受給者証を添付して町長に提出しなければならない。

- (1) 受給者の氏名
- (2) 対象子ども等の氏名
- (3) 住所
- (4) 加入社会保険名

2 町長は、前項の届出があったときは、当該受給者証の記載事項を訂正して速やかに受給者に返還しなければならない。

(受療の手続)

第9条 受給者は、医療を受けようとする際、条例第4条の規定によらない場合は、保険医療機関等に次に掲げる書類を提出しなければならない。

- (1) 被保険者証又は組合員証
- (2) 受給者証

(受給者証の返還)

第10条 保険医療機関等は、受給者に係る対象子ども等について診療を担当しなくなったときその他正当な理由により当該受給者から受給者証の返還を求められたときは、当該受給者にこれを返還しなければならない。

(支払の特例)

第11条 町長は、対象子ども等が次の各号のいずれかに該当する場合には、当該助成対象者に対し、子どもはぐくみ医療費を支給するものとする。

- (1) 徳島県の区域外の医療機関において療養を受けた場合
- (2) 医療保険各法の規定による療養費並びに小児慢性特定疾患治療研究事業及び特定疾患治療研究事業による療養を受けた場合
- (3) 前2号に掲げるもののほか、町長が特に必要と認めた場合

2 前項の規定により子どもはぐくみ医療費の支給を受けようとする助成対象者は、子どもはぐくみ医療療養費請求書（様式第3号）に保険医療機関等が発行する領収書、その他町長が必要と認める書類を添付して町長に提出するものとする。

（条例第5条第1項の規則で定める病院、診療所又は薬局）

第12条 条例第5条第1項の規則で定める病院、診療又は薬局とは、次に掲げるものとする。

- (1) 健保法第63条第3項第2号及び第3号に規定する病院若しくは診療所又は薬局
 - (2) 健保法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
 - (3) 前2号に掲げるもののほか、町長が特に認めたもの
- （第三者の行為による被害の届出）

第13条 子どもはぐくみ医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、助成対象者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を、直ちに、町長に届け出なければならない。

（子どもはぐくみ医療台帳）

第14条 町長は、子どもはぐくみ医療費の助成について子どもはぐくみ医療台帳（様式第4号）を作成し、常にその記載事項について整理しておかなければならない。

附 則

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に交付され、規則施行後の所得制限を超えない受給者証の有効期限は平成19年6月30日までと読み替えるものとする。ただし、対象乳幼児等が、満7歳の誕生日の前日の属する月の末日をこえることはできない。

附 則（平成19年3月1日規則第5号）

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成21年9月30日規則第6号）

- 1 この規則は、平成21年11月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に交付され、規則施行後の所得制限を超えない受給者の受給者証の有効期限は、平成22年6月30日までと読み替えるものとする。ただし、対象乳幼児等が、9歳に達する日以後の最初の3月31日をこえることはできない。

附 則（平成22年3月31日規則第6号）

- 1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成24年12月21日規則第12号）

- 1 この規則は、平成25年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に公布された受給者の受給者証の有効期限は、平成25年6月30日までと読み替えるものとする。ただし、対象こどもが15歳に達する日以後の最初の3月31日をこえることはできない。

附 則（平成28年6月17日規則第13号）

- 1 この規則は、平成28年7月1日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

決 裁	町長	副町長				受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 定	年 月 日
受 給 資 格 要 否						発 行	年 月 日
要・否(理由)						加 入 保 険	国保 被用者
						附加給付の有無	
前年又は前々年の所得額 円						受 給 者 番 号	

注 上欄は、記入しないこと。

㊦ 子どもはぐくみ医療費受給者証交付申請書 年 月 日 町長 様 住 所 申請者 氏 名 印 (電話 ー)				
子 ど も	ふりがな		男女の別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
加 入 保 険	記 号 番 号		保 険 者 名	
	所 在 地		附加給付の給付基準	
主として生計を維持する親権者 (続柄)				
ふりがな			生 年 月 日	年 月 日
氏 名				
扶養親族数			職 業	
勤 務 先	(電話 ー)		年 所 得	円

注 申請書を提出する場合は、被保険者証又は組合員証を持参すること。

様式第2号—1 (第6条関係)

受給者のみなさんへ

1 この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険の自己負担分(入院時食事療養費分を除く。)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。

2 保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)を添えてこの証を必ず窓口提出してください。

3 入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)については、牟岐町からの払い戻しはありません。

4 有効期限を超過したりその他受給資格を失ったときは、この証は使用できませんから、すみやかに牟岐町長に返還して下さい。また、この証を破ったり、汚したり、又は紛失したときは再交付を受けてください。

5 氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内に牟岐町長にその旨を届け出てください。

6 更新をする場合は、6月1日～30日の間に再度交付申請をして下さい。

医療機関のかたへ

1 この証を持参している方は、子ども医療費助成事業の給付対象者で、入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を除く医療保険の自己負担分が牟岐町より助成されます。

2 この証を持参している方に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を領収し、それ以外の自己負担分については、国保連合会へ請求手続きを行ってください。

⑦

子どもはぐくみ医療費受給者証

公費負担者番号	4	5	3	6	0	1	9	5
受給者番号								
受給者	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
子ども等	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
年 月 日								
牟 岐 町 長								

7/13

様式第2号—2(第6条関係)

受給者のみなさんへ

1

この証は、徳島県内の保険医療機関等で
通院の場合は、1ヶ月、1医療機関600円まで
入院の場合は、入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)
を支払うこと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。

2

保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)を添えてこの証を必ず窓口提出してください。

3

有効期限を経過したりその他受給資格を失ったときは、この証は使用できませんから、すみやかに牟岐町長に返還して下さい。また、この証を破ったり、汚したり、又は紛失したときは再交付を受けてください。

4

氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内に牟岐町長にその旨を届け出てください。

5

更新をする場合は、6月1日～30日の間に再度交付申請をして下さい。

医療機関のかたへ

1

この証を持参している方は、子ども医療費助成事業の給付対象者で、医療保険の自己負担金のうち、
○通院：1レセプト600円までを除く医療費の自己負担分が牟岐町より助成されます。
○入院：入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を除く医療費の自己負担分が牟岐町より助成されます。

2

この証を持参している方については、
○通院時には1レセプトあたり600円まで
○入院時には入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を窓口で領収し、それ以外の自己負担分については国保連合会へ請求手続きを行ってください。

⑦

子どもはぐくみ医療費受給者証

公費負担番号	4	5	3	6	0	1	9	5
受給者番号								
受給者	住所							
	フリガナ							
	氏名							男
子ども等	生年月日							
	フリガナ							
	氏名							
有効期間	生年月日							
	年	月	日から					
	年	月	日まで					
年 月 日								
牟岐町長								

受給者 証番号								受給者 氏 名	
通院時 一部自己負担金(600円)領収記録									
医療機関名		診療年月日		領収額		備 考			
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									
印									

様式第2号—3 (第6条関係)

受給者のみなさんへ

1

この証は、徳島県内の保険医療機関等で
通院 → 1ヶ月、1医療機関600円まで
入院 → ①1ヶ月、1医療機関600円まで
②入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)
を支払うこと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。
2 保険医療機関等で診療を受ける場合は被保険者証(又は組合員証)を添えてこの証を必ず窓口提出してください。
3 有効期限を経過したりその他受給資格を失ったときは、この証は使用できませんから、すみやかに牟岐町長に返還して下さい。また、この証を破ったり、汚したり、又は紛失したときは再交付を受けてください。
4 氏名、居住地及び保険証の内容等に変更があったときは14日以内に牟岐町長にその旨を届け出てください。
5 更新をする場合は、6月1日～30日の間に再度交付申請をして下さい。

医療機関のかたへ

1

この証を持参している方は、子ども医療費助成事業の給付対象者で、
○通院：1レセプト600円までを除く医療保険の自己負担分が牟岐町より助成されます。
○入院：1レセプト600円と食事療養費の自己負担金(標準負担額)を除く医療保険の自己負担分が牟岐町より助成されます。
2 この証を持参している方については、
○通院時には1レセプトあたり600円まで
○入院時には1レセプトあたり600円と入院時食事療養費の自己負担金(標準負担額)を窓口で領収し、それ以外の自己負担分については国保連合会へ請求手続きを行ってください。

⑦ 子どもはぐくみ医療費受給者証

公費負担番号

4

5

3

6

0

1

9

5

受給者番号

受給者

住所

フリガナ

氏名

生年月日

子ども等

フリガナ

氏名

生年月日

有効期間

年

月

日から

年

月

日まで

年

月

日

牟岐町長

受給者証番号						受給者氏名	
一部自己負担金(600円)領収記録							
医療機関名	入・通	診療年月日	領収額	備考			
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							

受給者証番号						受給者氏名	
一部自己負担金(600円)領収記録							
医療機関名	入・通	診療年月日	領収額	備考			
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							
印							

9/13

様式第3号(第11条関係)

子どもはぐくみ医療療養費請求書

年 月 日

牟岐町長 様

請求者 住所
氏名 印
電話 () —

子ども医療の助成に関する条例施行規則の規定に基づき子ども医療療養費として、次のとおり請求します。

子ども医療療養費請求額		金 円也
受 療 区 分		入院・外来・歯科・調剤・訪問看護・コルセット等
受 療 年 月		年 月
受 療 者 氏 名		
受 療 者 生 年 月 日		
受 療 者 番 号 等		
加 入 保 険	被 保 険 者 名	
	保険証記号番号	
	保 険 者 名	
	備 考	国保 ・ 被用者

助成算定額

一部負担金額	—	附 加 給 付 額	円	=	助 成 決 定 額
円		療 養 支 給 額	円		円

上記請求による子ども医療療養費を領収しました。

牟岐町長 様 年 月 日 氏 名 印

上記請求による子ども医療療養費を下記の預金口座に振込を依頼します。

口 座 振 替 先	銀行	支店	当 ・ 普	番号
-----------	----	----	-------	----

- 1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。
- 2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給証明書」を添付してください。
- 3 金融機関への口座振込を希望する場合には、口座番号等を記入してください。
- No. —

様式第4号(第14条関係)

子　ど　も　は　ぐ　く　み　医　療　台　帳

年度				
子ども医療 受給者	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
対象子ども	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
所得			番号	
転入	年　月　日	年　月　日		
転出	年　月　日	年　月　日		
子ども医療 受給者証	発行年月日	有効期限	対象期間	
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			

年度				
子ども医療 受給者	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
対象子ども	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
所得			番号	
転入	年　月　日	年　月　日		
転出	年　月　日	年　月　日		
子ども医療 受給者証	届出年月日	発　行	有効期限	
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			

年度				
子ども医療 受給者	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
対象子ども	氏名	性別	生年月日	住　所
		男・女	年　月　日	
所得			番号	
転入	年　月　日	年　月　日		
転出	年　月　日	年　月　日		
子ども医療 受給者証	届出年月日	発　行	有効期限	
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			
加入保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			

対 象	氏 名	性 別	生年月日	住 所
子 ど も		男 ・ 女	年 月 日	

年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
入 院													
入 院 外													
歯 科													
調 剤													
訪 問 看 護													
療 養 費													
合 計													

年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
入 院													
入 院 外													
歯 科													
調 剤													
訪 問 看 護													
療 養 費													
合 計													

年度

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
入 院													
入 院 外													
歯 科													
調 剤													
訪 問 看 護													
療 養 費													
合 計													

様式第 1 号（第 5 条関係）

様式第 2 号— 1 （第 6 条関係）

様式第 2 号— 2 （第 6 条関係）

様式第 2 号— 3 （第 6 条関係）

様式第 3 号（第 11 条関係）

様式第 4 号（第 14 条関係）