

議案第 79 号

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例の一部を改正することについて

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例の一部を別紙のとおり改正するものとする。

令和 6 年 1 月 26 日提出

瀬戸内市長 武 久 頴 也

## 瀬戸内市条例第 1号

### 瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例の一部を改正する条例

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例(平成16年瀬戸内市条例第107号)の一部を次のように改正する。

第6条中第4項を第6項とし、第3項の次に次の2項を加える。

- 4 市長は、前項の申請があった場合において、受給資格者につき、この条例により医療費の給付を受ける資格があると認めたときは、受給資格証の更新を行うものとする。
- 5 前2項の規定にかかわらず、市長は、受給資格者につき、この条例により医療費の給付を受ける資格があると認めたときは、職権により受給資格証を更新することができる。

第9条の見出し中「提出」を「提示」に改める。

## 附 則

この条例は、令和7年4月1日から施行する。

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例(平成16年瀬戸内市条例第107号)新旧対照表

現行	改正後
(受給資格証の交付) 第6条 略 2・3 略  <u>4</u> 略	(受給資格証の交付) 第6条 略 2・3 略  <u>4</u> 市長は、前項の申請があった場合において、受給資格者につき、この条例により医療費の給付を受ける資格があると認めたときは、受給資格証の更新を行うものとする。  <u>5</u> 前2項の規定にかかわらず、市長は、受給資格者につき、この条例により医療費の給付を受ける資格があると認めたときは、職権により受給資格証を更新することができる。  <u>6</u> 略
(受給資格証の提出) 第9条 略	(受給資格証の提示) 第9条 略

瀬戸内市規則第 1号

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則の一部を改正する規則

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則(平成16年瀬戸内市規則第74号)の一部を次のように改正する。

第7条第4号中「被保険者資格証明書を提出し、」を「特別療養費に係る」に改める。

様式第1号を次のように改める。

## 様式第1号（第4条関係）

## ひとり親家庭等医療費受給資格証（交付・更新）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

ひとり親家庭等に係る医療費の助成を受けたいので、受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり受給資格認定の審査（更新にかかる調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申請者氏名										
申請者住所	〒 - TEL ( )									
個人番号										
申請理由	1 新規 2 更新 3 その他 ( )									
特記事項										
対象者	フリガナ 氏名	1	2	3	4					
	申請者との続柄									
	生年月日									
	同居・別居の別									
	学校名・学年、職業									
	児童の父又は母の状況	*次の1～4の中から選んで記入してください。これらに当てはまらない場合は具体的に記入してください。 1離婚、2事実婚解消、3未婚、4死亡								

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

## 市記入欄

申請受付年月日	進達年月日	交付決定年月日
申請者及び対象者に対する所得税		課 稅 ・ 非 課 稅
前回所得区分	低所得Ⅰ · 低所得Ⅱ · 一般 · 一定以上	
今回所得区分	低所得Ⅰ · 低所得Ⅱ · 一般 · 一定以上	
所得確認書類	課税証明書 · 非課税証明書 · その他 ( )	
前回の受給資格者番号	今回の受給資格者番号	
番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 <input type="checkbox"/> その他資料2点	
備 考		

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名			対象者との続柄	
	保険種別			被保険者の記号番号	
	保険者名(発行機関名)			所在地	
	対象者と同じ医療保険に入りしている者<※1>	氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
	附加給付	有(内容: )・無			
特定疾病療養受療証の有無	有・無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。				
世帯の状況	※1以外の世帯員<※2>	氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
他の公費負担制度による医療費の支給	有(制度名: )・無				

(記入上の注意点)

- 1 <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に入りする人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所を記入してください。  
2 <※2>欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に入りしている人がいる場合、その氏名及び加入する医療保険の種別を記入してください。

- 3 医療保険種別 国保・協会管掌(協管健保)・日雇・組合管掌(組合健保)・共済組合・後期高齢者医療 等  
(提示が必要な書類)

- 個人番号収集における番号確認及び本人確認

※申請書に記載のある申請者について、以下の書類を提示してください。

- A)個人番号カード(顔写真付き)・1枚で番号確認及び本人確認が可能です。  
B)番号確認書類として、  
□個人番号通知カード  
□個人番号が記載された住民票  
□顔写真付き公的身分証明書  
□上記提示が困難な場合(以下の書類2点)  
公的医療保険被保険者証・年金手帳  
児童扶養手当証書・介護保険被保険者証 等

※代理人による申請について、以下の書類を提示してください。

- A)代理権の確認 □委任状(法定代理の場合は戸籍謄本など)  
B)代理人の身元確認 □代理人の個人番号カード・運転免許証など  
C)本人の番号確認 □個人番号カード □個人番号通知カード □個人番号が記載された住民票

- 医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの(個人番号カード等)

※対象者本人の個人番号カード(郵送の場合は、必ず個人番号カードの両面の写しが必要です。)

- 市町村民税の課税・非課税証明書

※上記に名前の記載のある人で、1/1時点での市町村に住民票が無かった場合は、前住所地における課税・非課税証明書が必要です。(原則、証明年度の1月1日現在に住民登録をしていた市町村で発行されます。)  
個人番号による情報連携を希望する場合は、本人同意が必要です。(様式第1号-1)

- 在学証明書又は学生証

18~20歳の児童で高等学校等在学の場合に必要です。

様式第9号の2中「次」を「下記」に改める。

様式第10号中「 保険者

様」を

「 保険者

(瀬戸内市長) 様」に、

「

年	月	日	から
年	月	日	まで

」を

「

自	年	月	日
至	年	月	日

」に、「感染症」を「伝染病」に改める。

様式第11号及び様式第14号を次のように改める。

様式第11号（第8条関係）

○/○枚中

## ひとり親家庭等医療費一部負担限度額差額給付申請書

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
加入保険に係る記号・番号			
病院・診療所・薬局等の名称	入外	療養を受けた期間	総医療費
所在地		傷病名	窓口支払額
		から	日間
		から	日間
		から	日間
		から	日間
※上記の欄が足りない場合は（縦紙）に記入してください。			計 (A)

負担割合	所得区分	単県公費一部負担上限額(月額) (B)	円
		支給額 (A)-(B)	円
上記のとおり、医療費の給付を申請します。 なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により所得を確認されることを承認します。			
年 月 日			
瀬戸内市長 様			
申請者 住所 _____			
氏名 _____			
受給資格者との続柄 _____			

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別		フリガナ		
	口座番号		口座名義人		

※病院・診療所・薬局等の領収書を、この申請書に添付して下さい。

## ひとり親家庭等医療費一部負担限度額差額給付申請書（継紙）

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
加入保険に係る記号・番号			

様式第14号（第10条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届																																																																																																																																																																																																																																				
年 月 日																																																																																																																																																																																																																																				
瀬戸内市長 様																																																																																																																																																																																																																																				
届出人 住 所																																																																																																																																																																																																																																				
氏 名																																																																																																																																																																																																																																				
<p>受給資格認定の審査（更新にかかる調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。</p>																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1"><tr><td colspan="2">受 給 資 格 者 番 号</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td rowspan="4">受 給 資 格 者</td><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">個 人 番 号</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">生 年 月 日</td><td colspan="12">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">住 所 （ 居 住 地 ）</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">変更事項</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">1 氏名</td><td rowspan="6">変 更 前</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">2 住所</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">3 加入保険関係</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">(1)被保険者名</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">(2)保険者名</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">(3)記号番号</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">(4)附加給付の内容</td><td rowspan="3">変 更 後</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">(5)その他</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">4 その他</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="12">年 月 日</td></tr></table>		受 給 資 格 者 番 号														受 給 資 格 者	氏 名														個 人 番 号														生 年 月 日		年 月 日												住 所 （ 居 住 地 ）														変更事項														1 氏名		変 更 前													2 住所														3 加入保険関係														(1)被保険者名														(2)保険者名														(3)記号番号														(4)附加給付の内容		変 更 後													(5)その他														4 その他														変更年月日		年 月 日											
受 給 資 格 者 番 号																																																																																																																																																																																																																																				
受 給 資 格 者	氏 名																																																																																																																																																																																																																																			
	個 人 番 号																																																																																																																																																																																																																																			
	生 年 月 日		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																	
	住 所 （ 居 住 地 ）																																																																																																																																																																																																																																			
変更事項																																																																																																																																																																																																																																				
1 氏名		変 更 前																																																																																																																																																																																																																																		
2 住所																																																																																																																																																																																																																																				
3 加入保険関係																																																																																																																																																																																																																																				
(1)被保険者名																																																																																																																																																																																																																																				
(2)保険者名																																																																																																																																																																																																																																				
(3)記号番号																																																																																																																																																																																																																																				
(4)附加給付の内容		変 更 後																																																																																																																																																																																																																																		
(5)その他																																																																																																																																																																																																																																				
4 その他																																																																																																																																																																																																																																				
変更年月日		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																		

※ひとり親家庭等医療費受給資格者証及び個人番号カード等を添えて提出してください。

※本人及び世帯員の個人番号の変更についても、「その他」へ記載してください。

## 附 則

この規則は、令和7年4月1日から施行する。

瀬戸内市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則(平成16年瀬戸内市規則第74号)新旧対照表

現行	改正後
(医療費支払の特例) 第7条 条例第10条ただし書により規則で定める場合とは、次に掲げるものとする。 (1)～(3) 略 (4) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は高齢者医療確保法に規定する <u>被保険者資格証明書を提出し、療養を受けた場合</u> (5)～(7) 略	(医療費支払の特例) 第7条 条例第10条ただし書により規則で定める場合とは、次に掲げるものとする。 (1)～(3) 略 (4) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は高齢者医療確保法に規定する <u>特別療養費に係る</u> 療養を受けた場合 (5)～(7) 略
様式第1号(第4条関係) 略	様式第1号(第4条関係) 略
様式第9号の2(第8条関係) 略	様式第9号の2(第8条関係) 略
様式第10号(第8条関係) 略	様式第10号(第8条関係) 略
様式第11号(第8条関係) 略	様式第11号(第8条関係) 略
様式第14号(第10条関係) 略	様式第14号(第10条関係) 略