

(趣旨)

第1条 この規則は、子ども医療費の助成に関する条例(平成8年勝山市条例第20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。

(受給者証)

第2条 条例第5条第1項に規定する医療費の助成を受ける資格がある旨の証明書は、子ども医療費受給者証(様式第1号。以下「受給者証」という。)とする。

(受給者証の交付申請)

第3条 条例第5条第1項の規定による受給者証の交付を受けようとする者は、子ども医療費受給者証交付申請書兼すくすく育成奨励金交付申請書(様式第2号)に必要な書類を添えて教育委員会に申請しなければならない。ただし、すくすく育成奨励金の交付については、市長が別に定める。

2 前項に規定する必要な書類とは、資格が明らかにされる書類等とし、公簿により確認できると教育委員会が認めたときは、省略することができるものとする。

(受給者証の再交付)

第4条 保護者が受給者証を破損、汚損又は紛失若しくは滅失したときは、子ども医療費受給者証再交付申請書(様式第3号)を教育委員会に提出し再交付を受けなければならない。

2 前項の申請書には、破損又は汚損した受給者証を添えなければならない。

3 保護者が受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、直ちにこれを教育委員会に返還しなければならない。

(受給者証の提示)

第5条 保護者は、当該子どもが医療を受けるとき、医療機関に受給者証を提示しなければならない。

(助成の申請)

第6条 条例第7条の規定による申請は、子ども医療費助成申請書(様式第4号)を市長に提出しなければならない。ただし、協力医療機関において医療を受けた場合は、この限りでない。

(助成の方法)

第7条 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容の審査を行い、当該申請に係る助成の額を決定し、保護者に交付するものとする。

2 市長は、子どもが協力医療機関において医療を受けた場合に、福井県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金からの報告に基づいて助成の額を決定し、当該医療機関に交付するものとする。

3 条例第6条第2項に規定する教育委員会規則で定めるときは、母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条に規定する養育医療の給付を受けたときとする。

4 助成金の支払は、口座振込みとする。

(届出事項等)

第8条 保護者は、次に掲げる事項に変更を生じたときは、子ども医療費受給資格内容変更届(様式第5号)を教育委員会に提出しなければならない。

(1) 氏名を変更したとき。

(2) 住所を変更したとき。

(3) 加入医療保険関係に変更があったとき。

(4) 口座振替金融機関関係を変更したとき。

(5) その他受給資格内容等に変更が生じたとき。

2 届出に当たっては、受給者証を添えなければならない。

(受給者証の返還)

第9条 保護者は、当該子どもがその資格を喪失したときは、速やかに受給者証を教育委員会に返還しなければならない。

(帳簿の整備)

第10条 教育委員会は、次に掲げる帳簿等を作成し整備しておくものとする。

(1) 子ども医療費受給者証交付台帳

(2) 子ども医療費支給台帳

(3) 個人別子ども医療費支給台帳

(4) その他必要な帳簿書類等

(その他)

第11条 この規則に定めるもののほか子ども医療費の支給に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
- 2 福井県内の医療機関で医療を受けるときは、被保険者証、加入者証又は組合員証とともに必ずこの証を窓口で提示してください。
- 3 この証は、福井県外の医療機関では使用できません。県外で受診したときは、助成申請書の支払証明書欄の記載を受けるか、領収書を添付して申請してください。
- 4 この証は、県内においても一部の医療機関では使用できませんので、窓口で使用の可否を確認してください。
- 5 他の法令等により公費負担を受けることができる場合は、その公費負担を優先的に受けてください。
- 6 学校管理下における怪我等により、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度が適用される場合は、子ども医療費助成制度の対象となりません。
- 7 加入している医療保険又はこの証の記載事項に変更があったときは、必ずその旨をこの証を添えて届け出てください。
- 8 市外へ転出するときは、直ちにこの証を返却してください。
- 9 この証を破損、汚損又は紛失したときは、再交付を受けてください。

様式第2号(第3条関係)

子ども医療費助成受給者証交付申請書
兼すくすく育成奨励金交付申請書

年 月 日

勝山市長 様
勝山市教育委員会 様

申請者 住 所 〒

(保護者)

氏 名

子ども医療費受給者証
すくすく育成奨励金

電話番号

次のとおり の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	職業			勤務先		
子 を 全 員 記 入 (注1)	氏名		生年月日	現住所 (別居の場合のみ記入)	※受給資 年月日	※受給者 番号
	第1子		年 月 日	同居 別居		
	第2子		年 月 日	同居 別居		
	第3子		年 月 日	同居 別居		
	第4子		年 月 日	同居 別居		
	第5子		年 月 日	同居 別居		
加 入 保 険 (注2)	名称(発行機関)					
	保険者番号					
	被保険者氏名 又は世帯主					
	記号番号	記号	番号			
振込希望金融機関 (申請者と同一名義口座)	銀行名	支店名	口座番号			
				名義(カナ)		

(注1)子が18歳以上で就労している場合、住所が同一でない場合も含め全員記入してください。

(注2)この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

【子ども医療費助成に係る事務処理における委任欄】

私は上記受給者の子ども医療費助成に係る事務のため、所得状況、国民健康保険加入状況及び他制度による医療費助成状況並びに住民基本台帳に関する資料について、教育委員会が確認することに同意します。
また、保険者への高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限については、教育委員会に委任します。

年 月 日

(申請者)住所

氏名

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費助成受給者証再交付申請書

年 月 日

勝山市教育委員会 様

申請者 住所
(保護者)

氏名

電話番号

子ども医療費受給者証を
破汚損紛滅
損損失したので再交付を申請します。

加入医療保険					
子 ど も	氏名	生年月日	受給者番号	現住所(別居の場合のみ記入)	
		年 月 日		同居	別居
		年 月 日		同居	別居
		年 月 日		同居	別居
		年 月 日		同居	別居
保 護 者	住所				
	氏名		続柄		
【備考】					

(注) 破損、汚損した受給者証を添付してください。

様式第4号(第6条関係)

※ 申請書No. _____

子ども医療費助成申請書

年 月 日

勝山市長 様

申請者 住 所
(保護者)

氏 名

電話番号

加入 医療 保険	種 別	国保 国保組合 船員	受給者番号	
		共済 健組 全国健保協会	受診子ども 氏 名	
	記号 番号	記号	番号	生 年 月 日

次のとおり支払証明書(領収書)を添えて申請します。

区 分	1. 県外分 2. 装具費 3. 県内分 () 4. その他 ()			
支 払 証 明 書				
年 月 分				
1 入 院			2 外 来	
入 院 日	月 日～ 月 日		診 療 科 名	科
入 院 日 数	日		外 来 日 数	日
点 数	点		点 数	点
自己負担分	円		自己負担分	円
食事療養費	日 円			
年 月 日				
医 療 機 関 住 所				
名 称				
氏 名				

- 注 1 支払証明書は、医療機関で記入してください。
 2 医療機関の支払証明は、毎月末締めで交付してもらってください。
 3 保険診療による医療費以外の金額については、支給対象外です。

※

受給者証番号		他の控除額	円
附 加 給 付	円	助 成 額	円

※の欄は記入しないでください。

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費助成受給資格内容変更届

年 月 日

勝山市教育委員会 様

申請者 住所 〒

(保護者)

氏名

電話番号

次のとおり変更がありましたので、受給者証を添付して届け出ます。

子 ど も	氏 名		生 年 月 日		受 給 者 番 号		
			年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		
受 給 資 格 内 容	変更事項/内容項目		変更前		変更後		
	1. 氏名	保護者					
		子ども					
	2. 住所	保護者					
		子ども					
	(注) 3. 加入 保険	名 称					
		保 険 者 番 号					
		被 保 険 者 氏 名 又は世帯主					
		記 号 / 番 号					
	4. 振込先	銀 行 名 / 支 店 名					
		口 座 番 号					
		名 義 (カ ナ)					
5. 保護者・その他							
変更理由							
変 更 日		年 月 日					

(注)この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

【子ども医療費助成に係る事務処理における委任欄】

私は上記受給者の子ども医療費助成に係る事務のため、所得状況、国民健康保険加入状況及び他制度による医療費助成状況並びに住民基本台帳に関する資料について、教育委員会が確認することに同意します。また、保険者への高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限については、教育委員会に委任します。

年 月 日

(申請者) 住所
氏名