

○栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則

平成16年7月29日

規則第28号

改正 平成20年10月1日規則第16号

(趣旨)

第1条 この規則は、栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例（平成8年栄町条例第14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。

(児童の障害の状態)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第1のとおりとする。

(配偶者の障害の状態)

第3条 条例第2条第3項第2号に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第2のとおりとする。

(支給の制限の適用除外)

第4条 条例第4条第1項に規定する規則で定める場合は、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第12条第1項に規定する被災者がある場合とする。

(支給を制限する場合の所得の額)

第5条 条例第4条第1項第1号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第9条又は第9条の2の規定により児童扶養手当の支給を制限する場合の額とする。

2 条例第4条第1項第2号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第10条又は第11条の規定により児童扶養手当の支給を制限する場合の額とする。

(支給を制限する場合の所得の範囲及びその額の計算方法)

第6条 条例第4条第2項に規定する所得の範囲及びその額の計算方法は、児童扶養手当法第13条の規定により政令で定める児童扶養手当の支給を制限する場合の所得の範囲及びその額の計算方法の例によるものとする。

(受給の手続等)

第7条 条例第6条第1項に規定する町長の認定（第4項において「受給資格認定」という。）を受けようとする受給資格者（条例第3条第1項に規定する受給資格者をいう。以下同じ。）は、ひとり親家庭等医療費等受給資格認定申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添付して、町長に申請しなければならない。

(1) 条例第3条第1項に規定する医療保険各法に基づく省令に規定する被保険者証（日雇特例被保険者手帳（健康保険印紙をはり付けるべき余白があるものに限る。）及び被扶養者証を含む。）、組合員証又は加入者証の写し

(2) 受給資格者の戸籍の謄本若しくは抄本又は戸籍に記載した事項に関する証明書並びに受給資格者及びその属する世帯の他の世帯員の住民票の写し又は住民票に記載をした事項に関する証明書

(3) 条例第4条第1項第1号及び第2号に規定する者の前年の所得（1月から6月までの間に申請するものについては、前々年の所得とする。）の状況を証する書類

(4) 離婚によりひとり親家庭の父母等となった場合において、その監護する児童の父又は母から当該児童についての扶養義務を履行するための費用として金品を受け取っているときは、養育費に関する申告書（別記第2号様式）

(5) 児童が別表第1に定める程度の障害の状態にあり、又はひとり親家庭の父母等の配偶者が別表第2に定める程度の障害の状態にあることによって申請する場合には、これらを証する年金証書又は医師若しくは歯科医師の診断書

(6) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、児童扶養手当法に基づく児童扶養手当の支給を受けている受給資格者は、児童扶養手当法施行規則（昭和36年厚生省令第51号）第16条第1項に規定する児童扶養手当証書を提示して前項の規定による申請をするときは、同項第2号から第5号までに掲げる書類の添付を省略することができる。

3 第1項の規定にかかわらず、町長は、同項の規定により添付すべき書類の内容を公簿等により確認することについて当該書類の添付の対象となる者の同意を得られたときは、当該同意に係る書類の添付を省略させることができる。

4 受給資格認定の有効期間は、当該受給資格認定の日から同日以後の直近の7月31日までの間とする。ただし、町長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

5 条例第6条第2項に規定する医療費等助成金に係る給付申請書は、ひとり親家庭等医療費等支給申請書（別記第3号様式）とする。

（届出）

第8条 条例第7条の規定による届出は、ひとり親家庭等医療費等受給資格変更（喪失）届（別記第4号様式）によるものとする。

（補則）

第9条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成16年8月1日から施行する。

（栄町母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則の廃止）

2 栄町母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（平成8年栄町規則第21

号)は、廃止する。

(経過措置)

- 3 平成16年8月1日前に受けた診療等に対する医療費等助成金の支給については、この規則の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則 (平成20年10月1日規則第16号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日(次項において「施行日」という。)前に、改正前の栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(次項において「改正前規則」という。)の規定によりなされた手続その他の行為は、改正後の栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則の規定によりなされた手続その他の行為とみなす。

- 3 施行日前に、改正前規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

別表第1 (第2条)

- (1) 両眼の視力の和が0.08以下のもの
- (2) 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
- (3) 平衡機能に著しい障害を有するもの
- (4) そしゃくの機能を欠くもの
- (5) 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
- (6) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
- (7) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
- (8) 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- (9) 一上肢のすべての指を欠くもの
- (10) 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
- (11) 両下肢のすべての指を欠くもの
- (12) 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
- (13) 一下肢を足関節以上で欠くもの
- (14) 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
- (15) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- (16) 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの

(17) 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第2 (第3条)

(1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの

(2) 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの

(3) 両上肢の機能に著しい障害を有するもの

(4) 両上肢のすべての指を欠くもの

(5) 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの

(6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの

(7) 両下肢を足関節以上で欠くもの

(8) 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの

(9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの

(10) 精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの

(11) 傷病が治らないで、身体の機能又は精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有するものであって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過しているもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別記第1号様式(第7条第1項)

(表)

ひとり親家庭等医療費等受給資格認定申請書

年 月 日

栄町長 様

住所

申請者 氏名

㊟

TEL

医療費等助成金の受給資格の認定を受けたいので、栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

世帯等の状況	氏名	生年月日	申請者との続柄	備考	※対象・対象外の別	
		・	・	本人		
		・	・			
		・	・			
		・	・			
		・	・			
加入医療保険	ひとり親家庭の父母等		児童			
	保険者名		保険者名			
	保険者番号		保険者番号			
	被保険者等氏名		被保険者等氏名			
	記号番号	・	記号番号	・		
	資格取得年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日		
所得状況	<p>受給資格を確認するため、ひとり親家庭の父母等及びその配偶者又は扶養義務者で生計を同じくする方の前年(1月から6月までの間に申請する場合は前々年)の所得の状況の確認が必要となりますので、次のいずれか希望される方法を選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 前年(前々年)の所得の状況を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私達は、受給資格の確認に当たり、栄町が保有する私達の前年(前々年)の所得の状況に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。</p> <p>次の①又は②の区分に応じ、それぞれ自署又は記名押印してください。</p> <p>① ひとり親家庭の父母等 _____ ㊟</p> <p>② ひとり親家庭の父母等の配偶者又は扶養義務者で生計を同じくする方 _____ ㊟</p>					
	生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中				

医療費等助成金振込先金融機関		
銀行・信用金庫・農協		支店・支所
1 普通	口座番号	
2 当座	名義人(フリガナ)	

(裏)

【注意事項】

- 1 ※印の項目については、栄町で記載しますので、記入しないでください。
- 2 □には、該当箇所にレ印を記入してください。
- 3 「加入医療保険」の「児童」の欄は、加入している医療保険が、ひとり親家庭の父母等とその監護し、又は養育している児童とで異なる場合にのみ記入してください。
- 4 この申請書には、次の書類を添付してください。ただし、児童扶養手当証書をお持ちの方は、申請時に窓口で提示すると(2)から(5)までの書類は省略できます。
 - (1) 受給資格の認定を受けようとする方の被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
 - (2) 受給資格の認定を受けようとする方の戸籍の謄本若しくは抄本又は戸籍に記載した事項に関する証明書
 - (3) 受給資格の認定を受けようとする方及びその属する世帯の他の世帯員の住民票の写し又は住民票に記載をした事項に関する証明書
 - (4) 養育費に関する申告書
 - (5) 児童又はひとり親家庭の父母等の配偶者が障害の状態にあることにより受給資格の認定を受けようとする方は、それらの障害の状態を証する年金証書又は医師若しくは歯科医師の診断書

第2号様式(第7条第1項第4号)

(表)

養育費に関する申告書

前年(1月から12月までの1年間)に養育費を受け取っていますか。	有 ・ 無
----------------------------------	-------

養育費を受け取っている方のみ、以下の欄にご記入ください。

養育費の額 年1月1日から 年12月31日まで に受け取った額	母又は父名義のもの		円
	子名義のもの		円
	合計		円
養育費を支払っている者の氏名		児童との続柄	

上記のとおり相違ありません。

栄町長 様

年 月 日

氏 名

(裏)

養育費に関する申告書

ひとり親家庭等医療費等助成制度は、ひとり親家庭等の生活の安定と福祉の向上を目的としており、医療費等を適正に助成するために、受給資格認定申請書の提出時に、前年の所得の状況を証する書類などの各種書類を提出していただいているところですが、児童扶養手当支給制度の改正に伴い、離婚によりひとり親家庭の父母等となった方について、新たにこの申告書を提出していただくものです。

離婚した父親及び母親は、その子に対する扶養義務があり、その子を扶養するために養育費を支払う義務があります。離婚した父親又は母親から養育費を受け取っている方は、受け取っていない方に比べてそれだけ家計の収入が増えますので、この助成制度の対象となるかどうかを判定する際に、その受け取った養育費を所得として含めることとなります。

【所得として含めるもの】

以下のようなものは、養育費として所得に含めることとなります。

養育費の所得算入は、児童扶養手当支給制度に準じていますので、受け取っている金銭等を養育費に含めるか否か判断がつきにくいときは、へお問い合わせください。

児童を養育するために必要な費用として受けている金銭又は有価証券 (例) 児童の学費 児童を養育するのに必要と思われる食費や生活必需品の購入費
--

なお、所得として含めるのは、離婚した父親又は母親から受け取ったもののみです。それ以外の方(例えば、祖父母など)から受け取ったものは、含めません。

また、銀行口座等に振り込まれている場合は、母親若しくはその子又は父親若しくはその子の名義の口座に振り込まれているものに限りです。

第3号様式(第7条第5項)

(表)

ひとり親家庭等医療費等支給申請書

年 月 日

栄町長 様

申請者 住所
氏名

医療費等助成金の支給を受けたいので、栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第6条第3項の規定により、次のとおり申請します。

受給資格者 氏 名		申請者との 続 柄	
住 所		生年月日	年 月 日
加入医療 保 険	保険者名		記号番号
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

保険医療機関・保険薬局の証明欄

診療・調剤報酬証明書(該当に○印を付けてください。)			入院 通院 調剤
診療・調剤月	年 月分	公費負担額	有(円) ・ 無
保険総点数	入院 点	通院 点	調剤 点 (自己負担額 円)
入院延日数	日	食事療養標準負担額	円 (円× 日)
証明手数料	円	生活療養標準負担額	円 (円× 日)
保険医療機関 又は保険薬局の 名称・代表者氏 名・所在地	上記のとおり証明します。 (取扱者印)		

栄町記入欄

自 己 負 担 額 A	附加給付額等 B	一部負担額 C	証明手数料 D	助成金交付額 E {A-(B+C)+D}
診療 円 調剤 円	有 円 無 円	円	円	円

確 認 者 印

--

(裏)

～保険医療機関・保険薬局の方へ～

受給資格者がこの申請書を提示し、診療等を求めたときは、この申請書の保険医療機関・保険薬局の証明欄に、1月分をまとめた保険総点数等の証明をしてください。

～受診等をされる方へ～

【申請までの順序】

- 1 この申請書は、各月においてはじめて診療等を受けるときは、被保険者証、組合員証又は加入者証と一緒に保険医療機関又は保険薬局の窓口で提示してください。
- 2 保険医療機関又は保険薬局の窓口で請求された診療等に要した費用の自己負担額を支払ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、保険医療機関又は保険薬局から前月1月分の診療等に要した費用の額の証明を受けてください。この場合、証明手数料を請求されることがあります。
- 4 この申請書を に提出してください。

【お願い】

- 1 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療等を受けるときは、速やかにその旨を に届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなったとき(他市町村への転出を含む。)は、速やかに に届け出てください。
- 3 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還していただきます。

第4号様式(第8条)

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更(喪失)届

年 月 日

栄町長 様

届出者 住所
氏名

栄町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

受給資格者氏名		
□ 変 更	変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 保険者又は被保険者証、組合員証若しくは加入者証の記載事項の変更 <input type="checkbox"/> 監護し、又は養育する児童の変更 <input type="checkbox"/> その他()
	変 更 前	
	変 更 後	
□ 受給資格喪失	(事由)	
事由発生年月日	年 月 日	

注 この届出には、被保険者証、組合員証又は加入者証の写しなど、変更又は受給資格の喪失の事実を証する書類を添付してください。

別記第1号様式（第7条第1項）

第2号様式（第7条第1項第4号）

第3号様式（第7条第5項）

第4号様式（第8条）