

○有田川町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則

平成18年1月1日

規則第53号

改正 平成18年9月29日規則第130号

平成27年12月24日規則第23号

(趣旨)

第1条 この規則は、有田川町乳幼児医療費の支給に関する条例(平成18年有田川町条例第109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。

(受給資格者の登録)

第2条 条例第5条の規定による受給資格の登録は、乳幼児医療費受給資格登録申請書(様式第1号)により行う。

(乳幼児医療費受給資格証の交付)

第3条 町長は、前条による登録申請のあった場合は、内容審査の上条例第3条に規定する支給対象者であると認めるときは、当該登録希望者を受給資格者として登録するとともにその者に対して乳幼児医療費受給資格証(様式第2号)を交付する。

2 乳幼児医療費受給資格証を破損し、又は亡失したときは、乳幼児医療費受給資格証再交付申請書(様式第3号)を町長に提出し、再交付を受けるものとする。

(乳幼児医療費受給資格証の提示)

第4条 前条に定める受給資格者が対象乳幼児について条例第2条第3項の医療保険各法の規定による医療給付を受けるときは、当該資格証を提示するものとする。

(受給期間)

第5条 受給期間は、受給資格要件を満たすことになった日から6歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

(支給の申請)

第6条 条例第6条の規定による支給の申請は、乳幼児医療費支給申請書(様式第4号)に医療機関等の発する領収書を添えて行う。

2 町長が受給資格者に代わり医療機関等に支払う費用の交付を受けようとする医療機関等は、医療保険各法のうち国民健康保険法に基づく支給にかかる請求については、和歌山県国民健康保険団体連合会が定める請求書により和歌山県国民健康保険団体連合会を経由し、その他の医療保険各法に基づく支給にかかる請求については、社会保険診療報酬支払基金和歌山支部を経由し町長に請求書を提出、若しくは乳幼児医療費請求書(様式第5

号)を町長に提出しなければならない。

(支給の決定)

第7条 町長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し当該申請に係る支給の額を決定し申請者に通知するものとする。

(届出)

第8条 条例第7条による届出は、乳幼児医療費に関する資格内容変更・喪失届(様式第6号)により行う。

(乳幼児医療費受給資格証の返還)

第9条 受給資格者がその資格を喪失したときは、速やかにその資格証を町長に返還しなければならない。

(台帳の整備)

第10条 町長は、次に掲げる書類を作成し、常に整理しておくものとする。

- (1) 乳幼児医療費受給資格登録台帳及び乳幼児医療費受給資格証交付台帳
- (2) 乳幼児医療費支給台帳

(帳簿等の保存期間)

第11条 帳簿等は、それぞれ完結の日の属する年度の翌年度から、次の期間保存するものとする。

- (1) 乳幼児医療費受給資格登録台帳及び乳幼児医療費受給資格証交付台帳 5年
- (2) 乳幼児医療費支給台帳 5年

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の吉備町乳幼児医療費の支給に関する規則(平成元年吉備町規則第1号)、金屋町乳幼児医療費の支給に関する規則(昭和48年金屋町規則第4号)又は清水町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則(平成14年清水町規則第13号)の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成18年9月29日規則第130号)

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則(平成27年12月24日規則第23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。以下「番号法」という。)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。

(有田川町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の一部改正に伴う経過措置)

第2条 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の有田川町乳幼児医療費の支給に関する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。

様式第1号(第2条関係)

受給者番号 \_\_\_\_\_

乳幼児医療費受給資格登録申請書

受給資格者 (保護者)	住 所	有田川町大字		
	フリガナ			生年月日 年 月 日生
	氏 名		男・女	個人番号
乳幼児	住 所	有田川町大字		
	フリガナ			生年月日 年 月 日生
	氏 名		男・女	個人番号
加入 保 険	被保険者氏名 (組合員氏名)			
	保険証記号番号			
	保険者名			
	附加給付	有 ・ 無		
<p>有田川町長 様</p> <p>上記のとおり、乳幼児医療費受給資格の認定及び受給資格証の交付を申請します。</p> <p>また、申請にあたって、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・有田川町が保有する住民台帳及び課税台帳等を閲覧すること。</li> <li>・保険者に対して医療費の支給状況を確認すること</li> <li>・資格認定中に発生した高額療養費について、保険者と支給額の調整をおこなうこと。</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 有田川町大字 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>				


※ 添付書類 所得証明書及び保険証(コピー可)

受給者氏名 \_\_\_\_\_

様式第2号(第3条関係)

(表)

必ず健康保険証を添えて窓口へ

乳幼児医療費受給資格証	
記号番号	有田川第 号
受給資格者	氏名 (性別)
	住所 有田郡有田川町大字
乳幼児	氏名 (性別)
	生年月日
住所	有田郡有田川町大字
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名及び印	和歌山県有田郡 有田川町長 
交付年月日	年 月 日

※裏面をよく読んでください。

(裏)

注 意 事 項

- この証は、乳幼児医療費の支給に関する条例により支給を受けることのできる証ですので大切に保管して下さい。
- 診療等を受けるときは、保険証といっしょに医療機関等の窓口へ提出して下さい。
- 医療費の支給の申請をするときは、保険診療点数が記入されている領収書とこの証及び印かんを持参して下さい。  
〔但し、保険給付をうけた日から起算して一年以内に申請しないと無効になります〕
- 次のようなときはすみやかに届出て下さい。
  - 受給資格者又は対象乳幼児が死亡したとき。
  - 受給資格者又は対象乳幼児が生活保護法による保護を受けることになったとき。
  - 受給資格者又は対象乳幼児の住所を変更したとき。又は加入保険に変更があったとき。
  - この証をなくしたとき。
- 保険外診療分については自己負担になります。
- この証の有効期間を経過した場合はすみやかにこの証を返還して下さい。

様式第3号(第3条関係)

乳幼児医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格号				個人番号	
受給者氏名				加 入 保 険	被保険者 (組合員) 氏名
乳 幼 児	氏名		保険証 記号番号		
	生年月日		年 月 日		
			保険者名		
				附加給付の 有 無	有 ・ 無
<p>有田川町長 様</p> <p>有田川町乳幼児医療費受給資格証を <input type="checkbox"/>破損 <span style="margin-left: 20px;">したので、受給資格証の再交付を</span>  <input type="checkbox"/>亡失</p> <p>申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">受給資格者 住 所 有田川町大字 _____            氏 名 _____ (印)            電話番号 _____</p>					

受領者氏名 \_\_\_\_\_

様式第4号(第6条関係)

乳幼児医療費支給申請書							
					年 月 日		
有田川町長 様							
受給資格者 住 所 有田川町大字 (保護者)							
氏 名					㊟		
電話番号							
振込口座							
<input type="checkbox"/> 登録済み口座		支払先コード					
<input type="checkbox"/> 下記口座(受給資格者の口座)							
農協 銀行		支店 支所		通帳 種別	普通(総合) 当座		
口座番号		フリガナ					
		名義人 氏 名					
申請額 金 円							
受給資格者	受給資格証 記号番号	有田川第	号	加 入 保 険	被保険者 氏 名		
	氏 名				保 険 証 記 号 番 号		
	個人番号				保 険 者 名		
乳 幼 児	氏 名			有 無	有 ・ 無		
	生年月日	年	月			日	
	個人番号						

支 給 内 訳	保険診療の 合計金額	控 除 額 の 内 訳				支給決定額
		法定負担額	他法負担額	附加給付額	控除額計	
	円	円		円	円	円
		円		円	円	円

様式第5号(第6条関係)

入院	入院外	歯科	調剤	その他	
乳 幼 児 医 療 費 請 求 書					
年 月 日					
有田川町長 様					
医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名					
㊟					
年 月分の乳幼児医療費を、次のとおり請求します。					
受給資格者	受給資格証 記号番号	有田川 第 号			
	氏 名		加入保険	国保・社保	
保険診療 合計点数	点	保 険 負 担 割 合	8 割	医療費請求額	円
診療日数	日		割	※ 決 定 額	円
振 込 先	銀行 農協 信用金庫		支店	預金	
	口座番号		口座名義人		

※欄は、記入しないでください



様式第6号(第8条関係)

乳幼児医療費に関する資格内容変更・喪失届				
受給者番号		個人番号		
変更年月日	年 月 日			
変更内容	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 加入保険 <input type="checkbox"/> 資格喪失			
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>旧</td> <td>新</td> </tr> </table>		旧
	旧	新		
受給資格者	住所	有田川町大字	有田川町大字	
	氏名			
乳幼児	住所	有田川町大字	有田川町大字	
	氏名			
加入保険	被保険者氏名 (組合員氏名)			
	保険証記号番号			
	保険者名			
	所在地			
	附加給付の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	
※変更箇所のみ新旧を記入してください  有田川町長 様  上記のとおり資格内容を変更しましたので届けます。  年 月 日  <div style="text-align: right;">             住所 有田川町大字              届出人 氏 名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>              電話番号           </div>				

受領者氏名 \_\_\_\_\_

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第3条関係)

様式第3号(第3条関係)

様式第4号(第6条関係)

様式第5号(第6条関係)

様式第6号(第8条関係)