

○城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則

平成17年2月1日

規則第66号

改正 平成17年11月1日規則第145号

平成18年6月30日規則第27号

平成20年3月25日規則第6号

平成20年12月17日規則第20号

平成21年6月16日規則第14号

平成22年7月1日規則第11号

平成23年3月25日規則第5号

平成24年10月1日規則第12号

平成26年9月19日規則第7号

平成28年3月30日規則第21号

(趣旨)

第1条 この規則は、城里町医療福祉費支給に関する条例（平成17年城里町条例第98号）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(社会保険各法)

第2条 条例第3条の規則で定める社会保険各法は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73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）

(医療福祉費受給者証の交付申請)

第3条 条例第4条第1項の規定による医療福祉費の支給を受けようとする者は、医療福祉費受給者証交付申請書（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

- (1) 条例第5条第1項の規定に該当する者で同条第3項の規定の適用により医療福祉費の支給を受けられる場合は、同項に規定する事実を明らかにすることができる書類
- (2) 転入者にあつては、条例第5条に規定する所得を証明するに足る書類

3 第1項の申請書を提出するに当たっては、次に定める書類を提示し又は提出しなければならない。

ならない。

- (1) 国民健康保険の被保険者，後期高齢者医療制度の被保険者又は社会保険各法の被保険者，組合員，被扶養者にあつては，その旨を証する書類
- (2) 条例第2条第1号に該当する者にあつては，その妊娠を証する書類
- (3) 条例第2条第4号及び第5号に該当する者にあつては，町長が定める書類
- (4) 条例第2条第4号ア（イ）に該当する者にあつては，同号に定める障害の程度を証する書類
- (5) 条例第2条第4号ア（ウ）に該当する者にあつては，在学を証する書類
- (6) 条例第2条第6号に該当する者にあつては，同号に定める障害の程度を証する書類

4 条例第3条に定める対象者に該当する期間内にあり，医療福祉費受給者証に記載された有効期間を更新しようとする場合において，申請書に記載すべきすべての事項について，公簿等により確認することができるときは，申請書の提出を省略することができるものとする。

（受給者証の交付）

第4条 町長は，前条に規定する申請書に基づいて条例第3条に規定する対象者（以下「対象者」という。）であり，条例第5条第1項各号に該当する者でないことを確認したときは，申請者が妊産婦以外の者である場合にあつては医療福祉費受給者証（様式第2号又は様式第2号の3）を，妊産婦である場合にあつては妊産婦医療福祉費受給者証（様式第2号の2）を交付するものとする。

2 対象者が小児であり，入院のみ対象となる場合は，医療福祉費受給者証表面に，入院のみ有効である旨を表示するものとする。

（受給者証の再交付申請）

第5条 医療福祉費受給者証又は妊産婦医療福祉費受給者証（以下「受給者証」という。）の交付を受けている者（以下「受給者」という。）又は条例第4条第5項に規定する保護者等（以下「保護者等」という。）は，受給者証を破り，汚し，又は失ったときは，医療福祉費受給者証再交付申請書（様式第3号）を提出して，その再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り，又は汚した場合には，前項の申請書にその受給者証を添えなければならない。

3 受給者又は保護者等は，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。

(医療福祉費の支給申請)

第6条 条例第4条第5項の規定による申請は、医療福祉費支給申請書(様式第4号又は様式第4号の2)を町長に提出して行うものとする。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

(1) 条例第4条第6項に規定する保険医療機関等(以下「保険医療機関等」という。)の発行する領収書又は国民健康保険若しくは医療保険の保険者が発行する療養費若しくは付加給付金の支給証明書

(2) その他町長が必要と認める書類

3 第1項の申請書を提出するに当たっては、受給者証を提示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、その内容を審査の上当該申請に係る支給額を決定し、医療福祉費支給決定通知書(様式第5号)により申請者に通知するものとする。

(受療の手続)

第8条 対象者は、条例第4条第6項の規定による医療又は指定訪問看護を受けようとするときは、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に被保険者証又は組合員証及び受給者証を提示しなければならない。

(災害等による損害等の計算の方法)

第9条 条例第5条第3項に規定する規則で定める額は、老人保健法の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令(昭和58年政令第6号)第8条の規定による改正前の老人福祉法施行令(昭和38年政令第247号)第4条第3項及び第4項の例により計算するものとする。

(届出事項等)

第10条 条例第6条の規則で定める届出事項は、受給者又は保護者等に関し、次に定める事項に変更があった場合とし、同条による届出は、医療福祉費受給資格等変更届(様式第8号)に受給者証を添えて行うものとする。

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 条例第5条に規定する扶養義務者

(4) 条例第5条に規定する所得の額

(5) 条例第2条第1号に定める者の支払口座等

(6) 条例第2条第3号に定める者の支払口座等

(7) 条例第2条第4号ア(イ)に定める者の障害の程度

- (8) 条例第2条第4号ア(ウ)に定める者の在学の状況
- (9) 条例第2条第6号に定める者の障害の程度
- (10) 対象者が加入している国民健康保険又は医療保険(以下「加入保険」という。)の世帯主又は被保険者若しくは組合員
- (11) 対象者の加入保険の保険者及びその所在地若しくは名称
(第三者の行為による被害の届出)

第11条 医療福祉費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、受給者又は保護者等は、第三者の行為による被害届(様式第9号)を速やかに町長に届出しなければならない。

(添付書類の省略)

第12条 町長は、この規則に定める申請書又は届出に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(受給者証の返還)

第13条 受給者が条例第3条に規定する対象者の要件を欠くに至った場合は、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成17年2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、合併前の常北町医療福祉費支給に関する条例施行規則(昭和51年常北町規則第13号)、桂村医療福祉費支給に関する条例施行規則(昭和52年桂村規則第2号)又は七会村医療福祉費支給に関する条例施行規則(昭和51年七会村規則第6号)の規定によりなされた処分、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17年規則第145号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成17年11月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定に関わらず、この規則による改正前の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様

式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成18年規則第27号）

この規則は、平成18年7月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第6号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第20号）

（施行期日）

1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行日前の診療に係る医療福祉費の支給については、なお従前の例による。

附 則（平成21年規則第14号）

（施行期日）

1 この規則は、平成21年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成22年規則第11号）

（施行期日）

1 この規則は、平成22年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行日前の診療に係る医療福祉費支給については、なお従前の例による。

附 則（平成23年規則第5号）

（施行期日）

1 この規則は、平成23年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の修正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成24年規則第12号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の城里町医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成26年規則第7号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第21号）

(施行期日)

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に改正前の規則の規定によりなされた処分、手続きその他の行為は、この規則の相当規定によりなされたものとみなす。

様式第1号(第3条関係)

医療福祉費受給者証(交付・更新)申請書(台帳兼用)										異 区		対 象 者 区 分										区 分		受 給 者 番 号		
市町村名:										年度 作成日		1 削除	84 小児	90 特例小児												
個人コード										氏 名		性 別		生 年 月 日		続 柄		住 所 コー ド		番 地		住 居 方 向		世 帯 コー ド		
記 録	1	受給者																								
	2	配偶者																								
	3	扶養者																								
	4	被保険者																								
所 得 控 除	1	受給者	前年の所得(控除前)		前年の所得(控除後)		雑 損		医 療 費		社 保 ・ 定 額 控 除		小 規 模 共 済		本 居 宅 特 別 控 除		老 年 扶 養 給 付		老 年 扶 養 給 付		免 除 額 ・ 控 除 後 の 判 定 所 得		非 課 税 判 定		判 定 額	
	2	配 偶 者 (父 母)																								
	3	扶 養 義 務 者																								
加 入 民 生 保 険 院	1	被保険者コード	種別		退職区分		保険区分		取得年月日		喪失年月日		被 保 険 者 証 又 は 組 合 員 証 の 記 号 番 号		保 険 種 別 の 内 容		退 職 区 分 の 内 容		保 険 区 分 の 内 容							
	2														1 協会 4 船員 7 国組		1 本人 1 本人									
	3														2 組合 5 共済 8 後期		2 被扶養者 2 家族									
	4														3 日雇 6 国保											
保 険 者 名 称 ・ 所 在 地																										
目 項 規 則		銀行コード		支店コード		口座番号		口座名義人(カナ)																		
取 得 事 由	取 得 事 由	取得年月日		喪 失 事 由		喪失年月日		電 話 番 号																		
	事 由 の 内 容	1 新規 5 障害等		2 転入 6 差別		3 転出 7 転出		4 死亡 8 その他		メモ欄1		メモ欄2														
審 査 1 課 税 台 帳 2 戸 籍 簿 3 住 民 票 4 国 保 台 帳 ・ 被 保 険 者 証 5 国 民 年 金 ・ 福 祉 年 金 台 帳																										
附 加 給 付 の 状 況 規 則		有・無(代理有・無)		有・無(代理有・無)		有・無(代理有・無)		有・無(代理有・無)																		

様式第2号(第4条関係)

(表)

㊦ 医療福祉費受給者証

公費負担者番号							
受給者番号							
被保険者証等の 記号及び番号							
保険種別							
保険者番号							
受給者	住所						
	氏名						
	生年月日	年	月	日			
有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	
交付年月日	年	月	日				
発行機関名 及び印	茨城県 城里町						

(裏)

注 意 事 項

- この証は、城里町医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収証又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書及び印鑑を持参してください。
- 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに城里町役場健康保険課に届け出てください。
- 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期限を経過したときは、速やかに城里町役場健康保険課へ返還してください。
- その他おわかりにならないことは、城里町役場健康保険課窓口でおたずねください。

様式第2号の2(第4条関係)

(表)

㊦ 妊産婦医療福祉費受給者証

◎この証は、原則として産科・婦人科を標榜する医療機関を受診するときのみ有効です。

公費負担者番号									
受給者番号									
被保険者証等の 記号及び番号									
保険種別									
保険者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日			年		月		日	
有効期間			年		月		日から		
交付年月日			年		月		日まで		
発行機関名 及び印	茨城県 城里町								

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、城里町医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
 - 2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収証又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書及び印鑑を持参してください。
 - 3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに城里町役場健康保険課に届け出てください。
 - 4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期限を経過したときは、速やかに城里町役場健康保険課へ返還してください。
 - 5 その他おわかりにならないことは、城里町役場健康保険課窓口でおたずねください。
- ◎ 妊娠の継続と安全な出産のために他診療科等の検査、診断、治療を要する場合は、産科・婦人科を標榜する医療機関から紹介がある場合は対象となります。

様式第2号の3(第4条関係)

(表)

(特) ㊦ 医療福祉費受給者証

公費負担者番号							
受給者番号							
被保険者証等の 記号及び番号							
保険種別							
保険者番号							
受給者	住所						
	氏名						
	生年月日	年	月	日			
有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	
交付年月日	年	月	日				
発行機関名 及び印	茨城県 城里町						

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、城里町医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収証又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書及び印鑑を持参してください。
- 3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに城里町役場健康保険課に届け出てください。
- 4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期限を経過したときは、速やかに城里町役場健康保険課へ返還してください。
- 5 その他おわかりにならないことは、城里町役場健康保険課窓口でおたずねください。

様式第3号(第5条関係)

医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号		対象者 氏名	男 女
受給者番号			年 月 日生
再交付申請 の理由			
<p>誓 約 書</p> <p>受給者証を発見したときは、直ちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴町に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">受給者 ㊟</p> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>城里町長様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">〔受給者又は保護者〕氏名 ㊟</p> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			

様式第4号(第6条関係)

㊦ 医療福祉費支給申請書			
公費負担者番号		受給者氏名	
受給者番号		生年月日	年 月 日
被保険者証 記号番号		保険種別	協会・組・日・船・共・国・国組・後期
		保険者名	
医療機関等の所在地及び名称又は氏名			
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他()	医療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)	円		
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>城里町長様</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 申請者住所 (受給者又は保護者)氏名 ㊦ </div> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合には必要ありません。 押印はぼ印に代えることは差し支えありません。</p>			
(注) 1 添付書類 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書 ② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市町村で記入します。			
※ 支給 内訳	領収書等の金額	患者負担割合金額	
	円	①	②
		円	円
	控除額内訳		③
	附加給付額	円	円
	他法公費負担額	円	その他
	高額療養費	円	控除額計 ④
		円	円
	交付決定額	①+②+③-④	
		円	
支払方法	1 口座振替 2 現金払	(銀行・支店) (口座番号) (預金種目) (口座名義人)	1 普通 2 当座

様式第4号の2(第6条関係)

(特) 医療福祉費支給申請書			
公費負担者番号		受給者氏名	
受給者番号		生年月日	年 月 日
被保険者証 記号番号		保険種別	協会・組・日・船・共・国・国組・後期
		保険者名	
医療機関等の所在地及び名称又は氏名			
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他()	医療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)	円		
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>城里町長様</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 申請者住所 (受給者又は保護者)氏名 (印) </div> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印はぼ印に代えることは差し支えありません。</p>			
(注) 1 添付書類 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書 ② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市町村で記入します。			
※ 支給 内訳	領収書等の金額	患者負担割合金額	
	円	①	②
		円	円
	控除額内訳	附加給付額	③
	円	円	円
	他法公費負担額	その他	円
円	円	円	
	高額療養費	控除額計 ④	円
円	円	円	
交付決定額	①+②+③-④		
円			
支払方法	1 口座振替 2 現金払	(銀行・支店) (口座番号) (預金種目) (口座名義人)	1 普通 2 当座

様式第5号(第7条関係)

医療福祉費支給決定通知書

年 月 日

様

城里町長



年 月 日付で申請のありました 様にかかる医療福祉費について、審査の結果、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

なお、この決定に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に城里町長に対して異議申立てをすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えは、この通知を受けた日から6箇月以内(通知を受けた日の翌日から起算します。)に、城里町を被告として(訴訟において町を代表する者は城里町長となります。)、提起することができます。(この通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合にあっては、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。)

ただし、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、この決定の日から1年を経過したときは決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

1 承認

支給額 円

支払期日 年 月 日(時～ 時)

上記のとおり支給を決定しましたので、受給者証及び印鑑持参のうえ、城里町役場会計課へおいでください。

2 不承認 一部不承認

理由

様式第8号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者番号		受給者氏名	
受給者番号			
届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名			
住所			
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()	対象者又はその父母との続柄 ()	
所得	円	円	
支払い口座等	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況			
加入保険の世帯主 被保険者組合員	世帯主 被保険者 組合員		
種別 保険者の名称 所在地	協会・組・日・船・共・国・国組・ 後期	協会・組・日・船・共・国・国組・ 後期	
被保険者証等の 記号番号			
<p>医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。</p> <p>年 月 日 城里町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名 ㊟</p> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			

様式第9号(第11条関係)

第三者の行為による被害届

公費負担者番号		対象者	男女
受給者番号		氏名	年 月 日生
その事故の要旨等 (日時, 場所, 状況等)			
疾病又は負傷の 状 況			
第三者の住所(居所)及 び氏名(名称), 日時, 住所(居所)が明らかで ないときは, その旨			
示談の有無	有, 無(示談があった場合は示談書の写しを添えること。)		
損害賠償金の額			
上記金額の受領年月日 (見込)	年 月 日		
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>城里町長 様</p> <p style="text-align: right;">受給者又は住所 届出人() 保護者等氏名 ㊟</p> <p>(注) 押印は, 署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印をぼ印に代えることは, 差し支えありません。</p>			

様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第2号の2 (第4条関係)

様式第2号の3 (第4条関係)

様式第3号 (第5条関係)

様式第4号 (第6条関係)

様式第4号の2 (第6条関係)

様式第5号 (第7条関係)

様式第6号 削除

様式第7号 削除

様式第8号 (第10条関係)

様式第9号 (第11条関係)