

**改正**

平成7年7月7日規則第16号

平成9年9月20日規則第38号

平成12年12月1日規則第33号

平成21年3月31日規則第16号

平成26年6月27日規則第15号

平成28年3月23日規則第17号

平成30年7月31日規則第19号

垂水市子ども医療費助成条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、垂水市子ども医療費助成条例（平成6年条例第6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。

(受給資格者の登録等)

**第2条** 条例第5条第1項の規定による登録は、次に掲げる事項について行う。

(1) 子ども

氏名、性別、生年月日、住所、監護している者との続柄

(2) 子どもを監護している者

氏名、住所

(3) 子どもにかかる医療保険

保険の種類、被保険者証の記号・番号・被保険者の氏名・性別・生年月日、子どもとの続柄、住所、資格取得年月日

(4) 前号の医療保険の保険者

所在地、名称、附加給付の有無、給付割合

(5) 助成金の受領を希望する金融機関名等

金融機関名（支店名）、預金種別、口座番号、口座名義人

(6) 保護者の前年（7月までの申請については前々年度）の所得額

(7) その他市長が必要と認める事項

(登録申請)

**第3条** 登録を受けようとする助成対象者は、子ども医療費助成金受給資格者登録申請書（別記第1号様式）により市長に申請しなければならない。

（受給資格者証の交付等）

**第4条** 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、子ども医療費助成金受給資格者台帳（別記第2号様式又は別記第2号の2様式）に登録及び所要事項の記載を行うとともに、垂水市子ども医療費助成金受給資格者証（別記第3号様式。以下「資格者証」という。）を作成し、当該申請をした助成対象者に交付する。

2 前項の受給資格者で、市町村民税非課税世帯については、垂水市乳幼児医療給付受給資格者証（別記第3号の2様式。別記第3号様式と併せて以下「資格者証」という。）を作成し、当該申請をした助成対象者に交付する。

3 受給資格者は、資格者証を破損、汚損、又は亡失したときは、子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書（別記第4号様式）を市長に提出し、資格者証の再交付を受けるものとする。

（登録事項変更の届出）

**第5条** 条例第5条第2項に規定する登録事項の変更の届出は、子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届（別記第5号様式）に資格者証を添えて行うものとする。

（助成金の支給申請）

**第6条** 条例第7条に規定する助成金の支給申請は、病院、診療所、薬局その他の療養機関（以下「医療機関等」という。）の証明（医療機関等が領収証を発行するときは、当該領収証）を付した子ども医療費助成金支給申請書（別記第6号様式）に資格者証を添えて行うものとする。

（助成金額の決定）

**第7条** 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、助成金の支給の可否及び助成金の額を決定し、子ども医療費助成金支給（申請却下）決定通知書（別記第7号様式）により、当該申請をした受給資格者に通知する。ただし、金融機関の口座への振り込みによる支給については、当該振り込みをもって通知を行ったものとみなす。

（受給資格者証の返還）

**第8条** 受給資格者は、その監護する子どもが子ども医療費助成対象子どもでなくなったときは、速やかに受給資格者証を市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、公布の日から施行する。

(垂水市乳児及び心身障害者医療費助成金支給条例施行規則等の廃止)

2 次に掲げる規則は、廃止する。

(1) 垂水市乳児及び心身障害者医療費助成金支給条例施行規則(昭和48年垂水市規則第11号)

(2) 垂水市幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年垂水市規則第25号)

**附 則**(平成7年7月7日規則第16号)

この規則は、平成7年8月1日から施行し、平成7年8月1日以降分の診療に係る医療分から適用する。

**附 則**(平成9年9月20日規則第38号)

この規則は、公布の日から施行し、平成9年10月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**(平成12年12月1日規則第33号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の垂水市乳幼児医療助成条例施行規則に規定する様式により作成されている用紙は、当分の間、必要な調整をして使用することができる。

**附 則**(平成21年3月31日規則第16号)

この規則は、平成21年4月1日から施行し、平成21年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**(平成26年6月27日規則第15号)

この規則は、公布の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

**附 則**(平成28年3月23日規則第17号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

**附 則**(平成30年7月31日規則第19号)

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

**別記**

**第1号様式**(第3条関係)

(表)

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書										
年 月 日										
垂水市長 殿										
申請者 住 所										
氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>										
<p>垂水市子ども医療費助成金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。</p> <p>なお、垂水市子ども医療費助成金受給資格者登録に当たり、私及び私の世帯員の個人市・県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。</p> <p>また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島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鹿児島支部に送付することに同意します。</p>										
子 ど も	氏 名	生 年 月 日	住 所			性 別	監 と の 護 続 者 柄			
	1	・ ・				男・女				
	2	・ ・				男・女				
	3	・ ・				男・女				
	4	・ ・				男・女				
5	・ ・				男・女					
監 護 者	氏名	住所			電 話					
子 ど も に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類		政 組 日 船 共 国							
	被 保 険 者 証		記 号	番 号						
	被 保 険 者	氏 名				性 別	男 ・ 女			
		生 年 月 日				子どもとの続柄				
		住 所								
資格取得年月日										
保 険 者	所 在 地									
	名 称									
	附 加 給 付 有 無		有 無	給 付 割 合						
支 金 融 希 望 関	名 称	銀行・信金 信組・農協			預 金 種 別					
					口 座 番 号					
		支店 支所			口 座 名 義 人 (フリガナ)					
(該当があればチェックを入れてください)										
市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口での支払いがなくなる										
「乳幼児医療給付受給資格者証」の交付を <input type="checkbox"/> 希望しない										
※ この 欄は 市に お い て 記 入	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日			
						決 裁	年 月 日			
						交 付	年 月 日			
						開 始	年 月 日			

注 記名押印に代えて署名することができます。

(このらんは記入しないでください)

(裏)

受 付 確 認 年 月 日		受給資格者証番号		認定交付年月日	
受付				認 定	
確認				交 付	
	有 効 期 限	変	更	喪	失
1	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日 医 年 月 日	届 出 年月日		時 期
2	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日 医 年 月 日	届 出 年月日		時 期
3	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日 医 年 月 日	届 出 年月日		時 期
4	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日 医 年 月 日	届 出 年月日		時 期
5	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日 医 年 月 日	届 出 年月日		時 期

第2号様式 (第4条関係)





(表)

垂水市子ども医療費助成金受給資格者証		
市町村番号	事業番号	受給資格者証番号
フリガナ		
子ども氏名		
生年月日		
住所		
受給資格者名		
保険証記号番号		
有効期限	から	まで
発行 垂水市長		

(裏)

注意事項
1 この証は、子ども医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。
2 県内の保険医療機関等で受診するときは、この証を保険証等に添えて窓口 に必ず提示してください。(保険の自己負担分はお支払いください。)
3 県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示せず受診した場合は領収書を添えて垂水市に助成金の支給申請をしてください。
4 申請書の提出期限は、診療月の翌月から6か月以内です。6か月を越えたものは申請できません。
5 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となる場合などご自身で別途申請手続きが必要となる場合があります。
6 次に書いてあることが生じたときは、必ず、垂水市福祉課児童障害者係まで届け出て、係員の説明を受けてください。 (1) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。 (2) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。 (3) 子どもが垂水市から転出するとき、又は死亡したとき。 (4) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。

第3号の2様式 (第4条関係)

(表)

垂水市乳幼児医療給付受給資格者証								
公費負担者番号 (一部負担金：〇円)								
受給者番号								
受給資格者氏名								
保険証記号番号								
乳 幼 児	氏名							
	生年月日							
	住所							
有効期間		から まで						
年 月 日発行		垂水市長					印	

(裏)

注意事項	
1	この証は、鹿児島県内の保険医療機関等において受診した際に、一部負担金を支払わなくても受診できることを証明するものですので、大切に保管してください。ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。
2	保険医療機関等で受診するときは、この証を保険証等に添えて窓口には必ず提示してください。(保険の自己負担分はお支払いください。)
3	県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示せず受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、領収書を添えて垂水市に助成金の支給申請をしてください。
4	保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続が必要となる場合があります。
5	次に書いてあることが生じたときは、必ず、垂水市福祉課児童障害者係まで届け出て、係員の説明を受けてください。 (1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。 (2) あなた又は乳幼児の住所、氏名、医療保険に変更があったとき。 (3) 乳幼児が生活保護法の適用を受けるようになったとき。 (4) 乳幼児が垂水市から転出するとき、又は死亡したとき。 (5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。

第4号様式（第4条関係）

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所

氏 名



申 請 理 由  該当する項目の 番号を○でかこ んでください	1 やぶれた  2 よごれた  3 なくなった
受給資格者証番号	
子 ど も	氏 名
	生 年 月 日

注 1 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

※この欄は市に	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

第5号様式（第5条関係）

㊦ 子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

年 月 日

届出者 住所  
氏名

㊦

垂水市長 殿

受給資格者証番号										
受給資格者		氏名								
		住所								
登録事項		旧			新					
変更の内容	子ども	氏名								
		住所								
	医療保険	保険の種類	政 組 日 船 共 国			政 組 日 船 共 国				
		記号・番号								
		保険者の名称								
	振込先	金融機関名称	銀行・金庫 組合・農協		支所 支店		銀行・金庫 組合・農協		支所 支店	
			預金種別	普・当	口座名義人(カナ)		預金種別	普・当	口座名義人(カナ)	
			口座番号				口座番号			
	その他									
	変更年月日				年 月 日					
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情										
※この欄は市において記入	決裁	所長	次長	係長	係	受付	年 月 日			
						決裁	年 月 日			
						交付	年 月 日			

注 記名押印に代えて署名することができます。

第6号様式（第6条関係）

子ども医療費助成金支給申請書						年 月 日	
垂水市長 殿						申請者 住所 氏名 (指定金融機関名： )	
受給資格者証番号				保 険 の 種 類	被保険者氏名		
子 ど も	氏名				記号番号		
	生年月日		年 月 日		続柄		
受給資格者氏名				保険者名			
医 療 機 関 等 証 明							
診 療 月	年 月		患 者 氏 名				
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付 に 係 る	入 院	円		
	外来	点		外 来	円		
薬剤一部負担金	種類×	日分	一部負担金	薬剤一部負担金	円		
うち他法制度負担分	点		傷病発生原因	第三者 ・ その他			
年 月 日			医療機関等の所在地 名称 開設者氏名				

医療機関の方へ………不要の欄（記入しない欄）は、斜線で消して下さい。

※市町村記入欄

支給決定欄					
区 分	一 部 負 担 金 A	付加給付の額 B	他法制度による 負担額 C	自 己 負 担 額 (A - B - C) D	支 給 決 定 額
課 税 ・ 非 課 税	入 院				
	外 来				
	薬剤一部負担金				
	計				

注1 医療機関等の証明は医療機関等で記入してもらって下さい。

ただし、医療費内訳の明確な領収書を添えるときは記入の必要はありません。

2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

第7号様式（第7条関係）

年 月 日

垂水市長

印

子ども医療費助成金支給（申請却下）決定通知書

年 月 日～ 年 月 日に申請された子ども医療費の助成について、  
下記のとおり支給（申請却下）決定したので、通知します。

記

1 支給決定

（1）支給決定額 円

※ あなたの指定金融機関へ振り込みました

2 申請却下決定

（1）却下理由

却下の場合は、注意書きを加えること

注意

1. この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して80日以内に、垂水市長に対して異議申立をすることができます。
2. この処分の取消を求める訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、垂水市長を被告として提起することができます。

注 はがきを使用する。