

○九度山町乳幼児医療費の支給に関する規則

平成18年9月29日規則第12号

改正

平成21年3月26日規則第1号
平成28年10月14日規則第13号
平成30年3月16日規則第3号
令和3年7月13日規則第5号

九度山町乳幼児医療費の支給に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、九度山町老人等医療費の支給に関する条例（平成18年九度山町条例第17号。以下「条例」という。）のうち条例第2条第2号に定める乳幼児医療費に関し必要な事項を定めるものとする。

第2条 削除

(受給者証の交付申請)

第3条 条例第21条第1項の規定による申請書は様式第1号とする。

2 前項の申請書には次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 乳幼児の生計を維持する程度の高い者の前年分（1月から7月までの申請の場合は前々年分）の所得状況又は課税状況を証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類

3 第1項の申請の際には、医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。

(受給者証の交付等)

第4条 町長は、前条第1項の申請を受理した場合においては、給付の要件を審査し、その結果を乳幼児医療費受給資格認定通知書（様式第2号）又は乳幼児医療費受給者証交付申請却下通知書（様式第3号）により、当該申請者に通知するものとする。

2 条例第22条第1項の受給者証は様式第4号によるものとする。

(受給者証の更新等)

第5条 町長は受給資格者についての前年の所得額を確認するため、毎年更新（検認）を行うものとし、期間は8月1日から翌年7月31日とする。給付対象者は町長に更新申請しなければならない。

2 前項の申請には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 乳幼児の生計を維持する程度の高い者の前年分の所得状況又は課税状況を証する書類
- (2) 受給者証

3 町長は、第1項の更新申請を受理した場合においては、給付の要件を審査し、その結果、受給資格者と認定したときは、乳幼児医療費受給者証（様式第4号）を添えて乳幼児医療費受給資格認定通知書（様式第2号）により、受給資格者と認定しないときは、乳幼児医療費受給者証交付申請却下通知書（様式第3号）により、当該申請者に通知するものとする。

(受給者証の再交付)

第6条 受給資格者は受給者証を破損し、摩滅し又は亡失したときは、乳幼児医療費受給者証再交付申請書（様式第5号）を町長に提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給資格者は、受給者証を破損又は摩滅したことによって受給者証の再交付を受けようとするときは、前項の申請書に当該受給者証を添付しなければならない。

3 受給資格者は、受給者証の再交付を受けた後において亡失した受給者証を発見したときは、速やかに発見した受給者証を町長に返納しなければならない。

(乳幼児医療費の支払)

第7条 受給資格者は、条例第23条第1項の規定により乳幼児医療費の給付を受けようとするときは、乳幼児医療費給付申請書(様式第6号の1)に医療機関等の発行する領収書を添えて、町長に申請しなければならない。

2 条例第23条第3項の規定による乳幼児医療費の支給は、受給資格者の指定した金融機関への振込により支給するものとする。

3 条例第23条第4項の規定による支払は、当該医療機関等の指定した金融機関への振込により行うものとする。(様式第6号の2)

(受給資格の変更等の届出)

第8条 条例第24条の規定による申請内容に変更を生じた場合の届出は、乳幼児医療費受給資格変更(消滅)届(様式第7号)に受給者証を添えて行わなければならない。

(添付書類の省略)

第9条 町長は、この規則の規定による添付書類により証明すべき事実を公簿等で確認することができるときは、当該添付書類の全部又は一部を省略させることができる。

(補則)

第10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

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則 (平成21年3月26日規則第1号)

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年10月14日規則第13号)

この規則は、公布の日から施行し、平成28年1月1日から適用する。

附 則 (平成30年3月16日規則第3号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年7月13日規則第5号)

この規則は、令和3年8月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

乳幼児医療費受給資格認定(更新)申請書

年 月 日

九 度 山 町 長 様

申請者	住所			個人番号																
	フリガナ			生年月日	年 月 日															
	氏名	⑩																		
	電話番号			乳幼児との続柄	父・母・その他()															
	配偶者情報	住所			個人番号															
		フリガナ			生年月日	年 月 日														
氏名																				
申請理由		1. 出生 2. 転入 3. 保険加入 4. その他(新規・更新・																		
乳幼児	住所	九度山町																		
	フリガナ	-----		性別	男 ・ 女															
	氏名	-----		生年月日	年 月 日															
加入医療保険	被保険者	フリガナ	-----		乳幼児との続柄															
		氏名	-----																	
	発行機関	協・組・船・共・国	被保険者証記号番号			付加給付	有・無													
		所在地			保険者番号															
振込先	金融機関名			預金種目				口座番号			口座名義									
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>受給資格認定の決定に際して、住民基本台帳、課税台帳の公簿で確認されることに同意します。</p> <p>九 度 山 町 長 様</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p>																				
受給者番号	第 号																			
給付対象者と	認める	給付対象者と認める年月日 年 月 日																		
	認めない	認めない理由																		

注 ◎ 申請時には、必ず乳幼児と被保険者が加入している健康保険証と印鑑が必要です。
 ◎ 口座振替の口座名義は加入医療保険の被保険者のものとします。

様式第 2 号

乳幼児医療費受給資格認定通知書

年 月 日

様

九度山町長

印

年 月 日付で申請のありました乳幼児医療費受給資格について、
審査の結果、受給資格があると認められたので通知します。
なお、乳幼児医療費受給者証を下記のとおり同封いたします。

記

番 号	対 象 者 氏 名	備 考

(注意) この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、書面で九度山町長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った翌日から起算して6ヶ月以内に九度山町を被告として（町長が被告の代表者となります。）、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てを行った場合には、処分の取消しの訴えは、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ヶ月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第3号

乳幼児医療費受給者証交付（更新）申請却下通知書

年 月 日

様

九度山町長

印

年 月 日付で申請のありました乳幼児医療費受給資格について、
審査の結果、下記の理由により受給資格がないと認められたので通知します。

記

理 由	
-----	--

(注意) この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、書面で九度山町長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った翌日から起算して6ヶ月以内に九度山町を被告として（町長が被告の代表者となります。）、提起することができます。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てを行った場合には、処分の取消しの訴えは、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ヶ月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第4号

(おもて)

乳幼児医療費受給資格者証							
負担者番号							
受給者番号							
乳幼児	住所	和歌山県伊都郡九度山町大字					
	氏名				性別	男・女	
	生年月日						
被保険者	住所						
	氏名						
加入保険	種別	政・組・船・共・国・協					
	記号番号						
有効期間							
発行機関名 及び印	和歌山県伊都郡九度山町 九度山町長 印						
交付年月日							

必ず健康保険証をそえて窓口へ

(うら)

注意事項

- 1 この証は、九度山町老人等医療費の支給に関する条例により医療費の給付を受けるために必要とする証ですから、大切に保管してください。
- 2 医療機関等において診療を受ける場合は健康保険証に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。
- 3 この証に記載してある事項に変更があったときは、速やかに届け出してください。(住所・氏名・加入保険の変更等)
- 4 保護者又は対象乳幼児が生活保護法により医療扶助を受けるようになったときも、速やかに届け出してください。
- 5 転出等により資格を失ったときは、この証を返してください。
- 6 この証を破ったり、汚したりまたは紛失したときは、再交付を受けてください。
- 7 偽りその他不正の行為により医療費の給付を受けたときには、費用の返還をさせられることがあります。

様式第5号（第6条関係）

乳幼児医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

九 度 山 町 長 様

申請者 住所

氏名 印

下記の理由により、乳幼児医療費受給者証の再交付を申請します。

対象者氏名	
理 由	1. 受給者証をなくしたため 2. 受給者証の破損、汚損が著しく使用に堪えないため 3. その他 ()

(注意) 破損又は汚損を理由として申請する場合は、現在の受給者証を添付してください。

様式第6号の1(第7条関係)

受付 年月日	令和 年 月 日	決議 年月日	令和 年 月 日	No.
-----------	----------	-----------	----------	-----

乳 幼 児 医 療 費 支 給 申 請 書

下記のとおり診療を受けたので、町条例の規定により申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 和歌山県伊都郡九度山町大字

氏名 印

九 度 山 町 長 様

乳 幼 児 診 療 費 証 明 書

加入被保険者証記号番号		乳幼児医療証 記号番号	第 号
診療を受けた者の氏名		続柄	
生 年 月 日	令和 年 月 日生		
診 療 月	令和 年 月分	診 療 実日数	日
病 名			
診 療 費 総 額	点	自 己 負担金	円
診療取扱機関の所在地及び名称			
所在地			
病院名			
保険医氏名 印			

審 査 結 果

費 用 額	一部負担金	附加給付等 控 除 額	支 給 金 額	保 険 種 別
円	円	円	円	政. 組. 日. 船. 共. 国.

乳 幼 児 医 療 費 請 求 明 細 書

医療機関等の所在地
及 び 名 称
開 設 者 氏 名

印

平成 年 月分

No.	受給者番号	乳幼児氏名	診療月	国保 社保 の別	入院・入院外 診療日数又は入院日数	保険点数	※ 公費負担金額	備考
1				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)	点	円	
2				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
3				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
4				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
5				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
6				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
7				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
8				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
9				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
10				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
11				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
12				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
13				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
14				国保 社保	入院・入院外 (日間) (日)			
請求額小計		名	合計	入院	件・入院外	件	点	円

○ ※は町で記入します。

○ 請求書に書ききれない場合に使用してください。請求額の合計は請求書の方に記入してください。

様式第7号(第8条関係)

乳幼児医療費受給資格
変更届
消滅届

令和 年 月 日

九 度 山 町 長 様

申請者	住所																		
	氏名	印	個人番号																

下記のとおり乳幼児医療費受給者証を添えて届け出します。

1. 変更届

		新	旧	変更年月日・備考	
給付対象者	住所				
	氏名				
	加入保険	種別			
		記号番号			
		保険者			
		所在地			
受給者	住所				
	氏名				

2. 消滅届

消滅事項	
事由	