

○加須市子育て支援医療費支給に関する条例施行規則

平成22年3月23日

規則第97号

(趣旨)

第1条 この規則は、加須市子育て支援医療費支給に関する条例（平成22年加須市条例第135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。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条第3号に規定する規則で定める社会保険各法は、次に掲げる法律とする。

- (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）

(受給資格の登録)

第3条 条例第4条の規定により支給を受けようとする支給対象者は、子育て支援医療費受給資格登録申請書（様式第1号）に対象児童の氏名が記載された医療保険の被保険者証、組合員証又は加入者証の写しを添えて市長に提出し、受給資格の登録を受けなければならない。

(令和4規則19・一部改正)

(受給資格証の交付)

第4条 市長は、前条の規定により登録を受けた者（以下「受給資格者」という。）に対し、子育て支援医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）を交付するものとする。

2 受給資格証を破損し、又は亡失したときは、子育て支援医療費受給資格証再交付申請書（様式第3号）を市長に提出し、再交付を受けなければならない。

3 受給資格証の有効期間は、登録を受けた日から受給資格消滅日までとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合には、それぞれ当該各号に規定する日を始期とするものとする。

(1) 対象児童に出生、転入その他受給資格が発生した日後15日以内(当該期間が経過するまでの間に災害その他やむを得ない理由が生じた場合には、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内)に支給対象者が登録申請を行い、登録を受けた場合 出生、転入その他受給資格が発生した日

(2) 前号に掲げるもののほか、災害その他やむを得ない理由により、支給対象者が登録申請ができなかった場合において、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内に支給対象者が登録申請を行い、登録を受けた場合 災害その他やむを得ない理由により登録申請ができなくなった日

(令和4規則19・一部改正)

(却下の通知)

第5条 条例第6条第2項の規定による審査の結果、支給対象と認定しなかったときは、子育て支援医療費受給資格登録申請却下通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(令和4規則19・追加)

(支給の申請)

第6条 条例第5条第1項に規定する支給の申請は、子育て支援医療費支給申請書(様式第5号)によらなければならない。

(令和3規則4・旧第6条繰上、令和4規則19・旧第5条繰下・一部改正)

(支給の決定等)

第7条 市長は、前条に規定する申請書の提出があったときは、その内容を審査し、子育て支援医療費の支給又は不支給を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により子育て支援医療費の支給を決定したときは、速やかに受給資格者に支給するものとする。

3 市長は、第1項の規定により子育て支援医療費の不支給を決定したときは、子育て支援医療費不支給決定通知書（様式第6号）により同項の申請書を提出した者に通知するものとする。

（令和3規則4・旧第7条繰上、令和4規則19・旧第6条繰下、令和5規則3・一部改正）

（受給資格者以外への支給）

第8条 市長は、前条第1項の規定により子育て支援医療費の支給を決定した場合において、受給資格者の死亡等により当該受給資格者に支給することができないときは、市長が定める者に支給するものとする。

（令和5規則3・全改）

（届出事項）

第9条 条例第7条の規定による届出は、子育て支援医療費受給資格内容等変更（消滅）届（様式第7号）によらなければならない。

（令和3規則4・旧第9条繰上、令和4規則19・旧第8条繰下・一部改正、令和5規則3・一部改正）

（受給資格喪失の通知）

第10条 市長は、受給資格者が支給対象者でなくなったと認めるときは、子育て支援医療費受給資格喪失通知書（様式第8号）により、その者に通知するものとする。ただし、受給資格者又は対象児童が死亡した場合は、この限りでない。

（令和4規則19・追加、令和5規則3・一部改正）

（受給資格証の返還）

第11条 受給資格者が、その資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を市長に返還しなければならない。

（令和3規則4・旧第10条繰上、令和4規則19・旧第9条繰下）

（支給金額の返還）

第12条 条例第9条の規定による支給金の返還は、子育て支援医療費返還通知書（様式第9号）により行うものとする。

(令和3規則4・旧第11条繰上、令和4規則19・旧第10条繰下・一部改正、令和5規則3・一部改正)

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22年3月23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加須市子育て支援医療費支給に関する条例施行規則（昭和60年加須市規則第1号）、騎西町こども医療費支給に関する条例施行規則（昭和48年騎西町規則第13号）、北川辺町こども医療費支給に関する条例施行規則（平成19年北川辺町規則第395号）又は大利根町こども医療費支給に関する規則（昭和48年大利根町規則第9号）（以下これらを「合併前の規則」という。）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25年規則第31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 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による書類については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和2年規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年規則第4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 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和4年規則第19号）

(施行期日)

- 1 この規則は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日から施行する。
 - (1) 様式第2号の改正規定 令和4年10月1日
 - (2) 前号に掲げる規定以外の規定 公布の日

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

附 則（令和5年規則第3号）

この規則は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日から施行する。

- (1) 第1条中様式第2号（表）の改正規定、第2条中様式第3号の改正規定並びに第3条中様式第2号（裏）及び様式第2号の2（裏）の改正規定 令和5年7月1日
- (2) 前号に掲げる規定以外の規定 令和5年4月1日

様式第1号 (第3条関係)

子育て支援医療費受給者番号				
子育て支援医療費受給資格登録申請書				
加須市長		様		
		年 月 日		
申請者 住 所				
氏 名				
電話番号				
次のとおり受給資格登録を申請します。				
また、受給資格の審査及び子育て支援医療費の支給決定等に当たり必要がある場合は、加須市が公簿等により高額療養費及び所得区分等を確認することに同意します。				
支給対象者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所		児童との続柄	
フリガナ		生 年 月 日		
児童氏名		年 月 日		
加入保険	国保	記 号 ・ 番 号	保険者(加入保険の名称)	保 険 者 番 号
	・ 社保			
振込口座	銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
		店番()		

様式第2号（第4条関係）

（表）

子育て支援医療費受給資格証					県内現物				
公 費 負 担 者 番 号									
受 給 者 番 号									
受給資格者	氏 名								
	住 所								
対象児童	氏 名								
	生 年 月 日								
食 事 療 養 費					助成対象				
有 効 期 間					年 月 日から 年 月 日まで				
現物給付対象医療機関等					埼玉県内の現物給付を行う医療機関等				
現物給付限度額					月額21,000円未満の医療費				
年 月 日 交付					埼玉県 加須市長 印				

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給資格証は、加須市子育て支援医療費支給に関する条例により、子育て支援医療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 診療を受けるときは、電子資格確認等により各種医療保険の被保険者等であることの確認を受け、この受給資格証を医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 現物給付対象医療機関等で診療を受けるときは、保険給付の一部負担金の支払はありません。ただし、これらの医療機関等で診療を受けるときでも、保険給付の一部負担金の額が月21,000円以上(医療機関等ごと、入院通院ごと)となる場合は、その月の最初の診療にさかのぼって保険給付の一部負担金の全額を支払う必要があります。
- 4 保険給付の一部負担金の額が月21,000円以上となったときや現物給付対象医療機関等以外の医療機関等で診療を受けたときは、子育て支援医療費支給申請書に領収書を添付して、当市に提出してください。
- 5 保険外診療については、医療機関等の窓口での支払が必要となります。また、通常診療時間外に診療を受けるときは、窓口での支払が必要となる場合があります。
- 6 当市から転出後は、この受給資格証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給資格証を使用した場合は、支給した医療費の返還が必要となりますのでご注意ください。
- 7 学校、幼稚園、保育所等の管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から医療費を支給される場合は、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この受給資格証を医療機関等に提示しないでください。
- 8 次の場合は、必ず当市に届出をしてください。
 - (1) 転出や死亡などで受給資格がなくなったとき。
 - (2) 住所、氏名、加入医療保険、振込口座などに変更があったとき。
 - (3) 生活保護若しくはこれに準ずる制度の適用を受けることになったとき。
 - (4) 対象児童が、重度心身障害者医療費又はひとり親家庭等医療費の支給を受けることになったとき。
 - (5) その他、受給資格の登録内容に変更が生じたとき。
- 9 受給資格がなくなったときは、速やかにこの受給資格証を当市に返却してください。
- 10 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、適正受診にご協力ください。

様式第3号(第4条関係)

子育て支援医療費受給者番号			
子育て支援医療費受給資格証再交付申請書			
受給資格者	氏名		生年月日 年 月 日
	住所		児童との続柄
	加入保険		
	記号番号		
	保険者名		
児童	氏名		生年月日 年 月 日
	住所		
<p>子育て支援医療費受給資格証を 破損 したので、再交付を申請します。 亡失</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p> <p>加須市長 様</p>			

様式第4号（第5条関係）

子育て支援医療費受給資格者登録申請却下通知書

第 年 月 日 号

（申請者）

様

加須市長



年 月 日付けで申請のあった子育て支援医療費受給資格登録の申請については、審査の結果、次のとおり却下としましたので通知します。

1 氏 名

2 却下理由

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、加須市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決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、加須市を被告として（訴訟において加須市を代表する者は加須市長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

受 付 印

子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

加 須 市 長 様

申請者 住所 加須市.....
 氏名.....
 電話.....

次のとおり医療費を申請します。

(医療を受けた人) 受給者	受給者番号									加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名		国	社		
	フリガナ										記号・番号					
	氏名										保険の名称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合				
	生年月日	年			月			日			保険者番号					

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

(1箇月単位で受診した医療機関等ごとに、入院・通院別に1枚ずつお使いください。)

領 収 書										<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>入院</td> <td>入院日数</td> <td>外来</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </table>			入院	入院日数	外来	1		2					
入院	入院日数	外来																					
1		2																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">円</td> </tr> </table>																				円			
										円													
ただし、 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">年</td> <td style="width: 20px;">月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 分保険診療一部負担金等として上記金額を領収しました。 入院時食事療養標準負担金は含まない。											年	月											
	年	月																					
保険診療総点数					点					他法負担分点数					点								
入院時食事療養標準負担額 _____ 円 (算定食数 _____ 食) _____ 年 月 日													医療機関等所在地..... 名 称..... 氏 名..... 電 話 番 号.....										

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。

2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

高額療養費	附加給付	条例第6条 課税・非課税	償還 現物	証拠コード			科目コード					医療機関コード										
				証	レ	外	医	歯	調	養	療	他									
			1	1	2	3	1	2	3	4	5	9										

様式第6号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

加須市長



子育て支援医療費不支給決定通知書

先に申請のありました子育て支援医療費の支給については、次のとおり支給しないことと決定しましたので、加須市子育て支援医療費支給に関する条例施行規則第7条第3項の規定により通知します。

対象児童氏名		受給者番号	
受付年月日		医療機関等名	
診療年月日			
理由			

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、加須市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決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、加須市を被告として（訴訟において加須市を代表する者は加須市長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第7号(第9条関係)

子育て支援医療費受給資格内容等変更(消滅)届		
受給者番号		
対象児童の氏名		
受給資格者氏名		
内容		区分
		新
		旧
受給資格者	住所	
	電話番号	
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	記号・番号	
	保険者名	
	所在地	
振込先	金融機関	
	支店名	
	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	
消滅事由		
変更(消滅)年月日		年 月 日
<p>上記のとおり 変更 消滅 が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日 届出人 住所 氏名</p> <p>加須市長 様</p>		

様式第8号（第10条関係）

子育て支援医療費受給資格喪失通知書

第 年 月 日
号

（受給資格者）

様

加須市長



次のとおり子育て支援医療費の受給資格が喪失しましたので通知します。

- 1 喪失者氏名
- 2 喪失日 年 月 日
- 3 喪失理由

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、加須市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決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、加須市を被告として（訴訟において加須市を代表する者は加須市長となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第9号(第12条関係)

子育て支援医療費返還通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

加須市長



さきに支給した子育て支援医療費については、次のとおり返還してください。

1 返還金

支 給 年 月 日	支 給 金 額	返 還 金 額
年 月 日 (診療月 年 月 日診療分)	円	円

2 返還理由

3 納付期限

4 納付場所

様式第1号（第3条関係）

（令和4規則19・全改）

様式第2号（第4条関係）

（令和4規則19・全改、令和5規則3・一部改正）

様式第3号（第4条関係）

（令和3規則4・一部改正）

様式第4号（第5条関係）

（令和4規則19・追加）

様式第5号（第6条関係）

（平成25規則31・全改、令和3規則4・一部改正、令和4規則19・旧様式第4号繰下・一部改正）

様式第6号（第7条関係）

（令和5規則3・追加）

様式第7号（第9条関係）

（令和3規則4・一部改正、令和4規則19・旧様式第5号繰下・一部改正、令和5規則3・旧様式第6号繰下）

様式第8号（第10条関係）

（令和4規則19・追加、令和5規則3・旧様式第7号繰下）

様式第9号（第12条関係）

（令和3規則4・一部改正、令和4規則19・旧様式第6号繰下・一部改正、令和5規則3・旧様式第8号繰下）