

○久山町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成24年10月1日

久山町規則第11号

改正 平成29年2月1日規則第3号

久山町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則（平成4年久山町規則第2号）の全部を次のように改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、久山町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例（平成4年久山町条例第20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。

（受給資格の認定申請の手続）

第2条 条例第5条の規定により、乳幼児・子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ乳幼児・子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

(1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）

(2) 申請者が条例第2条第1号イ又はウに掲げる子どもの保護者の場合は、当該子どもの生計を維持する者の前年の所得（1月から9月までの間に受ける医療に係る医療費については、前々年の所得）の額を証する書類

(3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない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、当該書類の添付を省略させることができる。

（改正（平29規則第3号））

（医療証の交付及び未交付の通知）

第3条 条例第6条第1項の規定による乳幼児・子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、町長が同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を乳幼児及び子ども（以下「乳幼児等」という。）ごとに審査したうえ、行うものとする。

2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

（医療証の有効期限）

第4条 医療証の有効期限は、当該子どもが12歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

2 受給資格者は、医療証の有効期限が満了したときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、乳幼児・子ども医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所又は薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他町長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(乳幼児・子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、乳幼児・子ども医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、乳幼児等が国民健康保険の被保険者以外にあっては、乳幼児・子ども医療費請求書を提出するものとする。

(乳幼児・子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、乳幼児・子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて乳幼児・子ども医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、乳幼児等が久山町国民健康保険の被保険者であって、当該乳幼児等に係る乳幼児・子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができるものとする。

(乳幼児・子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、乳幼児・子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、乳幼児・子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 乳幼児等の住所及び氏名
- (2) 乳幼児等の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が被保険者等でない場合のみ）
- (4) 乳幼児等の死亡
- (5) 乳幼児等の被保険者等
- (6) 乳幼児等の被保険者等に係る保険者
- (7) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、乳幼児医療・子ども医療変更届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、乳幼児・子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、乳幼児・子ども医療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、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(雑則)

第11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。

(様式)

第12条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 乳幼児・子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳 様式第1号
- (2) 乳幼児・子ども医療証 様式第2号
- (3) 乳幼児・子ども医療証再交付申請書 様式第3号
- (4) 乳幼児・子ども医療費請求書（医科・歯科用） 様式第4号
- (5) 乳幼児・子ども医療費請求書（調剤用） 様式第5号
- (6) 乳幼児・子ども訪問看護療養費請求書 様式第6号
- (7) 乳幼児・子ども医療費支給申請書 様式第7号
- (8) 乳幼児・子ども医療変更届 様式第8号
- (9) 第三者の行為による被害届 様式第9号
- (10) 乳幼児・子ども医療費受給資格喪失届 様式第10号

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成25年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

(準備行為)

- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の久山町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、久山町乳幼児医療費の支給に関する条例の全部を改正する条例（平成24年久山町条例第15号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児・子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成29年2月1日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行し、平成28年10月1日から適用する。

様式第1号

乳幼児・子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

決 裁	課長	課長 補佐	係長	電 算 入 力	医療証	受付者

受給者番号		資格取得年月日		年 月 日		医療証有効期限		年 月 日	
		申請事由		出生・転入・その他					
		資格喪失年月日				資格喪失理由			
乳 幼 児	(フリガナ)				住 所				
	氏名	年 月 日生							
保 護 者	(フリガナ)				住 所				
	氏名	乳幼児・子どもとの続柄( )							
生 計 維 持 者	(フリガナ)				住 所				
	氏名	乳幼児・子どもとの続柄( )							
医 療 保 険	保険種別	被保険者証の 氏名、記号・番号		氏名	記号	番号			
	保険者名	保険者 番号	所在地				附加給付の 有無		
所 得 の 状 況	年分 所得額 円	所得区分	<input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者		扶養親族等及び児童の人数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)		人 ( 人)	児童手当の 受給の有無	
上記のとおり、申請・届出します。また、当該申請に関して町が必要な公簿等を確認することを承諾します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 久 山 町 長 様 T E L 印									
審 査 欄	控除後の所得 円	所得制限限度額 円	<input type="checkbox"/> 異該当 <input type="checkbox"/> 非該当		備考欄				

様式第2号

( 表 面 )

福岡県乳幼児・子ども医療 <b>乳・子 医 療 証</b>	
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
一部自己負担金	平成 年 月 日まで 入院・入院外徴収しない  平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり600円  平成 年 月 日から 入院 1日当たり500円(月10日限度) 入院外に係る費用は対象外(裏面注7)
※入院・入院外とも右記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担して下さい。	
発行機関名及び印	福岡県 久山町長
交付年月日	平成 年 月 日

( 裏 面 )

注意事項

- 1 この証は、久山町の条例により乳幼児・子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
- 2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
- 4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
- 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
- 6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
- 7 小学校就学後は入院外の医療費については対象外となります。また、入院時の一部自己負担金が月10日限度となっておりますのでご注意ください。
- 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。  
(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第3号

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

年 月 日

久山町長様

申請者 住所  
氏名  
電話( )

下記のとおりですから、乳幼児・子ども医療証を再交付して下さるよう申請  
します。

受給者氏名 生年月日 受給者番号

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請の理由 1. なくした  
2. やぶれた  
3. よごした  
4. その他  
( )

台帳	医療証

(様式第4号)

1	3	8
医科	歯科	医保

平成 年 月分 乳障親医療費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿

医療機関  
コード

保険医療機関等  
の

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

所在地及び名称  
開設者氏名



	保 險 給 付 別	件数	診 療 実 日 数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 乳 幼 児	7割						
	8割						
	割						
⑥ 障 害 者	7割						
	8割						
	割						
⑨ ひ と り 親	7割						
	8割						
	割						

(注) ※印の欄は記入しないでください。

この様式で国保該当者分の請求はできません。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。



(様式第5号)

4	8
調剤	医保

平成 年 月分 乳障親医療費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿

薬局  
コード

保険医療機関等  
の

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

所在地及び名称  
開設者氏名



	保険給付別割合	件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
⑤ 乳 幼 児	7割					
		請求				
	8割					
		請求				
	割					
		請求				
⑥ 障 害 者	7割					
		請求				
	8割					
		請求				
	割					
		請求				
⑨ ひ と り 親	7割					
		請求				
	8割					
		請求				
	割					
		請求				

(注) ※印の欄は記入しないでください。

この様式で国保該当者分の請求はできません。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

(様式第6号)

9	8
訪	医保

平成 年 月分 乳障親訪問看護療養費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿 訪問看護  
ステーションコード

下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

訪問看護ステーションの  
所在地及び名称  
開設者氏名

㊦

	保険給付別	件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
⑤ 乳 幼 児	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
⑥ 障 害 者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
⑨ ひ と り 親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。

この様式で国保該当者分の請求はできません。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号

乳幼児・子ども医療費支給申請書						
久山町長 様			年 月 日			
			申請者 住所			
			氏名			
			TEL ( )			
次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、乳幼児・子ども医療費の支給を申請します。						
受給者番号				世帯主		
氏名	続柄:		個人:			
	性別:		年 月 日生			
住所	TEL					
被保険者氏名	個人:		年 月 日生			
	性別:		年 月 日生			
住所	TEL					
保険者番号	記号	番号				
種別					保険取得日	
保険者					保険喪失日	
傷病名				給付の種類	1. 医科	
	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			2. 歯科 3. 調剤 4. その他	
医療機関	所在地 名称					
申請理由 (該当番号を ○で囲む)	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の保険医療機関等で受診した 3. その他( )					
療養に要した費用	○医療費総額 _____ 円			○申請額 _____ 円		
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違算	支給決定額

振込先	金融機関名		
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

様式第8号

乳 幼 児 ・ 子 ど も 医 療 変 更 届

年 月 日

久山町長 様

届出人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受 給 者 氏 名

生年月日

受 給 者 番 号

\_\_\_\_\_ 年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由(該当するものを○で囲む)

1. 乳幼児・子どもの住所
2. 世帯主の住所
3. 乳幼児・子どもの氏名
4. 世帯主等の氏名
5. 乳幼児・子どもの世帯主、被保険者等
6. 被保険者証等の記号・番号
7. その他( )

II 変更の内容

変更年月日	変 更 前	変 更 後

様式第9号

第三者の行為による被害届

年 月 日

久山町長様

届出者 住所

氏名

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名 (被害者名)		
加害者	住所		氏名	職業	電話
加害者の 使用者	住所		氏名	職業	電話
負傷の日時及び場所	年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後				
発病の原因又は 負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度			治癒までの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
診療を受けた医師名	当初	住所	氏名	電話	
	転医後	住所	氏名	電話	
自動車事故 の場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話	
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地		
損害賠償に 関する交渉 の経過					

様式第10号

乳幼児・子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

久山町長様

届出人 住所

氏名

電話

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1. 転出予定
	2. 生活保護受給
	3. 死亡
	4. その他 ( )
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証	受給者番号
	氏名

様式第 1 号

様式第 2 号

様式第 3 号

(様式第 4 号)

(様式第 5 号)

(様式第 6 号)

様式第 7 号

様式第 8 号

様式第 9 号

様式第 10 号