

○宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

平成21年3月31日

規則第14号

注 令和6年12月から改正経過を注記した。

宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則（平成17年宍粟市規則第68号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例（平成17年宍粟市条例第98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。

（定義）

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

（母子家庭等医療費の支給申請）

第3条 条例第5条の規定による申請は、医療費支給申請書（様式第1号。以下「支給申請書」という。）に医療保険各法の給付の行われることを証する書類、当該医療に要した費用の額を証する書類その他市長が必要と認める書類を添えて行うものとする。

（特例による母子家庭等医療費の支給手続き）

第4条 条例第6条に規定する支給方法により母子家庭等医療費の支給を受けようとする者は、母子家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第2号。以下「交付・更新申請書」という。）に、医療保険各法の加入者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第4項に規定する加入者をいう。）であることを証する書類その他市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請により要件を満たしていると認めたときは、母子家庭等医療費受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。
- 3 受給者証の有効期限は、毎年6月30日までとする。ただし、6月30日までに一定の年齢に到達することにより受給要件に該当しなくなる場合等においては、この限りでない。
- 4 受給者証の更新を受けようとする者は、当該受給者証の有効期限までに、交付・更新申請書に当該受給者証及び市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。
- 5 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、当該に受給者証を汚損又は紛失したときは、再交付申請書（様式第4号）を市長に提出して、その再交付を申請することができる。
- 6 前項の申請には、その汚損した受給者証を添えなければならない。

（令6規則53・一部改正）

(受給者証の提示)

第5条 前条の規定により受給者証の交付を受けた者が、条例第6条の規定する特例による母子家庭等医療費の支給を受けようとするときは、医療を受ける保険医療機関等に受給者証を提示しなければならない。

(資格変更の届出)

第6条 受給者は、次に掲げる事由が生じたときは、速やかに医療費受給資格変更届（様式第5号）により市長に届け出なければならない。

- (1) 氏名を変更したとき。
- (2) 宮城市内において住所を変更したとき。
- (3) 加入している医療保険に変更を生じたとき。

(資格喪失の届出)

第7条 受給者であった者が、受給者に該当しなくなったときは、速やかに医療費受給資格喪失届（様式第6号。以下「資格喪失届」という。）により、市長に届け出なければならない。

2 受給者が死亡したときは、戸籍法（昭和22年法律第224号）の規定による死亡の届出義務者は、資格喪失届により、市長に届け出なければならない。

(受給者証の添付)

第8条 前2条の規定による届出には、受給者証を添えなければならない。

2 前項の場合において、受給者証を添えることができない場合は、その理由を記載した申立書を提出しなければならない。

(一部負担金の免除)

第9条 条例第3条第5号の規定により同条第1号及び第2号に定める一部負担金（以下「一部負担金」という。）を免除することができる場合は、次の各号のいずれかの事由に該当し、一部負担金を支払うことが困難になったと市長が認めた場合とする。ただし、国民健康保険、退職者医療等で減免が行われている場合は、減免が行われている範囲において一部負担金の免除を行わないものとする。

- (1) 受給者の属する世帯の主たる生計維持者が、本人の意に反した失業（離職の前1年間に雇用保険法（昭和49年法律第116号）第14条に規定する被保険者期間が6か月以上あった者又はこれと同様の状況にあった者が、労働の意志及び能力を有するにもかかわらず職業に就けない状態をいう。）、廃業、休業その他これらに類する状態（以下「失業等」という。）により、事由発生後1年間の推計合計所得の12分の1の額が、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する別表第1第1章1(1)ア（ア）に規定する1級地—1の居宅の基準生活費の第1類及び第2類の合計額で加算額を含まない額（以下「基準生活費」

という。) の1.35倍以下に減少し、かつ、受給者の属する世帯が次の要件のすべてを満たすとき。

ア 世帯全員に係る事由発生後1年間の収入の合計が一定額以下(世帯員1人のとき、100万円以下。世帯員が1人増えるごとに35万円を加算。ここにいう収入には、雇用保険給付、障がい年金、遺族年金等の非課税所得、仕送り等すべての収入を含む。)であること。

イ 条例第4条に規定する所得制限要件を満たす所得額に相当する収入額と同等以上の現金、預貯金を有していないこと。

(2) 震災、風水害、火災その他これらに類する災害(以下「災害等」という。)により、受給者及びその扶養義務者等が、住宅、宅地又はその他の財産について大規模半壊以上の損害を受けたとき。

(3) 受給者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害等により死亡したとき、又は重度障がい者となったとき。

(4) 受給者の属する世帯の主たる生計維持者について、災害等により、事由発生後1年間の推計合計所得の12分の1の額が基準生活費の1.35倍以下に減少したとき。

(5) 受給者の属する世帯の主たる生計維持者について、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作その他これらに類する事由により、事由発生後1年間の推計合計所得の12分の1の額が基準生活費の1.35倍以下に減少したとき。

(6) 前4号に掲げる事由に類する事由があったとき。

2 一部負担金の免除を受けようとする者は、医療費一部負担金免除申請書(様式第7号)を市長に提出しなければならない。この場合において、市長は必要に応じ、当該申請者に対し、前項各号に掲げる事由に該当することを明らかにできる書類の提出を求めることができる。

3 市長は、前項の申請が第1項の規定に該当すると認めるときは、免除すべき事由の発生した日の属する月の初日から6か月を限度に一部負担金を免除するものとする。なお、同一の事由に基づく再度の免除は認められないものとする。

4 市長は、一部負担金の免除の決定を受けた者がその後の事情により免除に該当しなくなったときは、将来に向かって免除の決定を取り消すものとする。

(令6規則56・一部改正)

(支給制限の特例)

第10条 条例第4条ただし書の特別の理由により支給することができるとき(以下「支給制限の特例」という。)は、失業等により現年の推計所得が減少し、その推計所得が条例第4条第1項及び第2項に該当しないと認められるときとする。

- 2 支給制限の特例の認定を受けようとする者は、支給申請書又は交付・更新申請書にその旨を記載しなければならない。この場合において、市長は必要に応じ、当該申請者に対し前項に該当することを明らかにすることができる書類の提出を求めることができる。
- 3 市長は、前項の申請が第1項の規定に該当すると認めるときは、母子家庭等医療費を支給し、又は受給者証を交付するものとする。ただし、国民健康保険、退職者医療等で減免が行われている場合は、受給者証を交付せず、母子家庭等医療費を支給するものとする。
- 4 前項の認定の期間は、失業等に該当する日の属する月の初日から6か月を超えない日までとする。なお、同一の事由に基づく再度の認定は、認められないものとする。
- 5 市長は、支給制限の特例の認定を受けた者がその後の事情により要件を満たさなくなったときは、将来に向かって認定を取り消すものとする。

(第三者の行為による被害の届出)

第11条 母子家庭等医療費の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときは、母子家庭等医療費の支給を受けようとする者は、兵庫県国民健康保険団体連合会の定める第三者行為による傷病届を市長に提出しなければならない。

(令6規則53・一部改正)

(補則)

第12条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

#### 附 則

(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 この規則の施行の日の前日までに、改正前の宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則によりなされた処分、手続その他の行為については、改正後の宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成22年3月3日規則第3号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に発生した事由による一部負担金の免除については、改正後の宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則(平成22年3月19日規則第10号)抄

(施行期日)

1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成23年6月29日規則第37号）

この規則は、平成23年7月1日から施行する。

附 則（平成29年6月2日規則第20号）

この規則は、平成29年7月1日から施行する。

附 則（平成30年7月1日規則第16号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和元年6月26日規則第2号）

この規則は、令和元年7月1日から施行する。

附 則（令和3年3月12日規則第11号）

この規則は、令和3年7月1日から施行する。

附 則（令和4年5月31日規則第23号）

この規則は、令和4年7月1日から施行する。

附 則（令和6年12月16日規則第53号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和6年12月26日規則第56号）

この規則は、令和7年1月1日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

## 医療費支給申請書

宍粟市長様

申請者 住所  
氏名  
受給者との続柄（  
電話番号）

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

なお、支給決定額を下記口座に振り込んでください。

受給医療											
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
フリガナ					受給者番号						
受給者氏名					生年月日						
個人番号					番号						
医療保険の加入状況	記号					番号					
	被保険者氏名					続柄					
	医療保険名称					保険者番号					
医療保険の所在地		TEL									
振込先	金融機関					支店名					
	口座番号					種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	コウザメイギ (※カナで記入してください)										
添付した領収書の内訳											
年 月分より ヶ月分 外来 ケ所 日 入院 ケ所 日 調剤 ケ所 日											

※この申請書は、医療費の助成資格を有する方が、他府県で受診した場合や、医療証の交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成分を請求する場合に使用します。

※申請は、受診された翌月以降に行つてください。

※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。

事務処理欄※記入しないでください

1割・2割・3割

区分	総医療費	一部負担金	患者負担額	回数	支給決定額
入院					
外来					
歯科					
調剤					
器具					
償還金					
高額・食事					
その他					

様式第2号（第4条関係）

## 母子家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

宍粟市長 様

申請者 住所  
氏名  
受給者との続柄（ ）  
電話

母子家庭等医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。  
申請に必要な世帯全員の住民票及び世帯構成員の所得状況等について、調査することを同意します。  
また、以後の各年度分についても同意いたします。

資格取得事由		受給者番号		
資格始期		1. 新規認定 2. 転入 3. その他（ ）		交付年月日
父 母 又 は 養 育 者	該当要件			番号
				認定日
	フリガナ			個人番号
	氏名			生年月日
住所				
児童	氏名	生年月日	個人番号	
			養育費(年額)※	
	氏名	生年月日	個人番号	
			養育費(年額)※	
	氏名	生年月日	個人番号	
			養育費(年額)※	
加入 医療 保険	氏名	生年月日	個人番号	
			養育費(年額)※	
	被保険者	続柄	区分	
	保険種別	記号	番号	
	保険者名	保険者番号	所在地	
	資格取得年月日		附加給付	
備考欄				

※養育費を受けている場合に、ご記入をお願いします。

※他制度（児童扶養手当）での申告額と相違しないよう正確にご記入をお願いします。

様式第3号（第4条関係）

(表面)

母子家庭等医療費受給者証	
負担者番号	
受給者番号	
受給者 住所	
受給者 氏名	
受給者 生年月日	
一部負担金	外来
	入院
有効期間	
発行機関名 及び印	兵庫県 宍粟市長
交付年月日	

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。  
学校・園・所での負傷等により日本スポーツ振興センターの災害共済給付等を受けることができるときは、この証は使えません。

(裏面)

ご注意
1 この証は、本人以外は使えません。 2 この証は、兵庫県内の保険医療機関等において、保険診療で受診する際使用する証ですから、大切に保持してください。 3 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（令和6年12月2日から現行の被保険者証は発行されなくなり、マイナ保険証を保有していない方は資格確認書が交付されます。）に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。 なお、入院・通院に際わらず医療費が高額になる場合は、マイナ保険証を提示した場合を除き、限度額適用認定証を併せて提示してください。 4 この証で医療を受けたときは、保険医療機関等では表面に記載してある一部負担金を支払ってください。 5 市外に転出したとき等、対象者の資格を失ったときは、速やかにこの証を市長に返してください。 6 氏名、住所、加入している医療保険又はその内容に変更があった場合は、速やかにこの証を添えて市長に届け出してください。 7 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 8 健康診断料、予防注射料、入院の場合の部屋代（差額ベッド代）・食事代（標準負担額）、薬のピン代、往診の場合の負担金、診断書料、証明書料等保険外診療分は自己負担となります。 9 交通事故等、第三者による負傷で保険医療機関等を受診したときは、直ちに市長へ届け出してください。 10 自立支援医療、指定難病等、他の公費により医療費の助成を受けることができるときは、この受給者証は使えません。
お問い合わせ先 宍粟市役所 福祉医療担当課 電話 0790-63-3000

様式第4号（第4条関係）

再交付申請書

宍粟市長 様

年 月 日

ど な た の も の が 必 要 で す か	氏 名	生 年 月 日
	(フリガナ)	
		年 月 日
	(フリガナ)	
		年 月 日
	(フリガナ)	
	年 月 日	
	年 月 日	

必 要 な も の	※必要なものにチェックを入れてください。				
	<input type="checkbox"/> 移	<input type="checkbox"/> 障	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 高齢障
理 由	<input type="checkbox"/> 破 損	<input type="checkbox"/> 焼 失	<input type="checkbox"/> 紛 失	<input type="checkbox"/> 盗 難	<input type="checkbox"/> 未 着
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				

(申請者)	住 所	宍粟市
	氏 名	
	続 柄	(受給者からみて)
	電 話	( - - - )

----- (以下処理欄) -----

受 付	作 成 ・ 交 付		
	本 人 確 認		
郵 送	手 渡	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 住基カード
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

様式第5号（第6条関係）

## 医療費受給資格変更届

年　月　日

宍粟市長　様

住所  
氏名  
受給者との続柄（  
電話）

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	変更	変更前
① フリガナ 氏名		
個人番号		
② 生年月日		
③ 住 所		
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)	
	(被保険者・組合員の記号番号)	
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)	
	(被保険者の名称)	
	(保険種別 ) (番 号 )	
	(保険者の所在地)	
⑤ 届出事項		
受給者番号		
No.		

様式第6号（第7条関係）

## 医療費受給資格喪失届

年　月　日

宍粟市長　様

住所  
氏名  
受給（対象）者との続柄（  
電話）

次のとおり届け出ます。

医療助成の別			
① フリガナ 氏名			
個人番号			
② 生年月日			
③ 住　所			
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)		
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)		
	(被保険者・組合員の記号番号)		
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)		
	(被保険者の名称)		
	(保険種別) (番　号)		
(保険者の所在地)			
⑤ 届出事項		喪失年月日	
受給者番号			
No.			

## 様式第7号（第9条関係）

## 医療費一部負担金免除申請書

医療の種別		
受 給 者	受給者番号	
	住所	
	氏名	
生年月日	年 月 日	
申請の理由		
事由発生日	年 月 日	
事由発生日以後1年間の収入額(A)		
事由発生日以後1年間の必要経費の額(B)		
事由発生日以後1年間の推計合計所得の12分の1相当額((A-B)/12)		

上記のとおり関係書類を添えて医療費の一部負担金の免除を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

宍粟市長 様

様式第 1 号（第 3 条関係）

様式第 2 号（第 4 条関係）

様式第 3 号（第 4 条関係）

（令 6 規則53・一部改正）

様式第 4 号（第 4 条関係）

（令 6 規則53・一部改正）

様式第 5 号（第 6 条関係）

（令 6 規則53・一部改正）

様式第 6 号（第 7 条関係）

（令 6 規則53・一部改正）

様式第 7 号（第 9 条関係）