

改正

平成19年3月30日規則第23号

平成20年10月1日規則第65号

平成30年3月30日規則第22号

山武市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、山武市ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例（平成18年山武市条例第83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。

(児童の障害の状態)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第1のとおりとする。

(配偶者の障害の状態)

第3条 条例第2条第3項第2号に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第2のとおりとする。

(支給の制限の適用除外)

第4条 条例第4条第1項に規定する規則で定める場合は、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第12条第1項に規定する場合とする。

(支給の制限に該当する所得の額)

第5条 条例第4条第1項第1号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第9条又は第9条の2の規定による児童扶養手当の支給制限に該当する額とする。

2 条例第4条第1項第2号に規定する規則で定める額は、児童扶養手当法第10条又は第11条の規定による児童扶養手当の支給制限に該当する額とする。

(所得の範囲及び所得の額の計算方法)

第6条 条例第4条第2項に規定する規則で定める所得の範囲及びその額の計算方法については、児童扶養手当法第13条の規定によるものとする。

(給付申請書の交付)

第7条 条例第6条第1項に規定する規則で定めるひとり親家庭等医療費等給付申請書（別記第1号様式）の交付を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書（別記第2号様式）に次に掲げる書類を添えて市長へ提出しなければならない。

- (1) 国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であることを証する書類
- (2) 戸籍の謄本又は抄本
- (3) 世帯全員の住民票の写し
- (4) ひとり親家庭の父母等及び扶養義務者等の前年の所得の状況を証する書類
- (5) 離婚等により、ひとり親家庭になった場合、母又は父がその監護する児童の父又は母から、その児童について扶養義務を履行するための費用として受け取る金品その他経済的な利益に係る所得に関する申告書（別記第2号様式の2。以下「養育費に関する申告書」という。）
- (6) 18歳以上20歳未満の児童が別表第1程度の状態にある場合又は配偶者が別表第2程度の障害の状態にある場合は、これを証する年金証書又は診断書

2 前項の規定にかかわらず、児童扶養手当法による児童扶養手当の支給を受けている者が、児童扶養手当証書を提示するときは、前項第2号から第6号までの書類の添付を省略することができるものとする。

3 第1項の定めにかかわらず山武市役所内で確認できるものについては、市長は書類の添付の省略を認めることができる。

4 ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書の有効期限は、原則としてひとり親家庭の父母等が当該資格申請書を提出し、市長が受理した日の属する月の翌月から初めて到来する7月末日までとする。

(届出)

第8条 条例第7条に規定する規則で定める届出は、ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届（別記第3号様式）で行うこととする。

(補則)

第9条 この規則に定めるもののほか、ひとり親家庭等医療費等の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年3月27日から施行する。

(適用)

2 この規則は、平成18年4月1日以後に係る事業に適用し、同日前に係る事業については、なお合併前の成東町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（平成16年成東町規則第7

号)、山武町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(平成16年山武町規則第16号)、蓮沼村ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(平成16年蓮沼村規則第5号)又は松尾町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(平成8年松尾町規則第20号)(次項においてこれらを「合併前の規則」という。)の例による。

(経過措置)

3 平成18年3月31日までに、合併前の規則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19年規則第23号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第65号)

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則(平成29年規則第22号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

別表第1(第2条、第7条関係)

- | | |
|----|--------------------------------|
| 1 | 両目の視力の和が0.08以下の者 |
| 2 | 両耳の聴力レベルが90デシベル以上の者 |
| 3 | 平衡機能に著しい障害を有する者 |
| 4 | そしゃくの機能を欠く者 |
| 5 | 音声又は言語機能に著しい障害を有する者 |
| 6 | 両上肢の親指及び人指し指又は中指を欠く者 |
| 7 | 両上肢の親指及び人指し指又は中指の機能に著しい障害を有する者 |
| 8 | 一上肢の機能に著しい障害を有する者 |
| 9 | 一上肢のすべての指を欠く者 |
| 10 | 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有する者 |
| 11 | 両下肢のすべての指を欠く者 |
| 12 | 一下肢の機能に著しい障害を有する者 |
| 13 | 一下肢の足関節以上で欠く者 |
| 14 | 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有する者 |

15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度の者

16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度の者

17 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度の者

(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第2 (第3条、第7条関係)

1 両目の視力の和が0.04以下の者

2 両耳の聴力レベルが100デシベル以上の者

3 両上肢の機能に著しい障害を有する者

4 両上肢のすべての指を欠く者

5 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有する者

6 両下肢の機能に著しい障害を有する者

7 両下肢を足関節以上で欠く者

8 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有する者

9 前各号に掲げる者のほか、身体の機能に労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有する者

10 精神に、労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有する者

11 傷病が治らないので、身体の機能又は精神に労働をすることを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有する者であって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過している者

(備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常がある者については、矯正視力によって測定する。

別記第1号様式（第7条関係）

（表）

| | | | | |
|----------------------|---------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ひとり親家庭等医療費等給付申請書 | | | | 年 月 日 |
| (宛先)山武市長 | | 申請者住所 氏名 | | ㊟ |
| 下記のとおり医療費等の給付を申請します。 | | | | |
| 氏名 | | | 申請者との続柄 | |
| 住所 | | | 生年月日 | |
| 加入医療保険 | 名 称 | | | 記号番号 |
| | 本人・家族の別 | | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 家族 |

保険医療機関・保険薬局証明欄

| | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------|--|
| 診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤) ※該当に○をつけてください。 | | | | |
| 診療・調剤月 | 年 月分 | 公費負担額 | 有(円)・無 | |
| 保険総点数 | 入院 点 | 外来 点 | 調剤剤 点 | |
| 入院延日数 | 日 | 入院時食事療養費の標準負担額 | 円 (円× 日) | |
| 証明手数料 | 円 | | | |
| 保険医療機関 又は保険薬局 の名称・氏 名・所在地 | 上記のとおり証明します。 (取扱者印) | | | |

市町村窓口記入欄

| | | | | | | |
|--------|---|--------|--|--------|--------|----------------------------|
| 自己負担額A | | 付加給付額B | | 一部負担額C | 証明手数料D | 助成交付額E A - (B+C) + D |
| 医円 | 円 | 有 | | | | |
| 食円 | | 無 | | | | |

| |
|------|
| 確認者印 |
| |

(裏)

～医療機関・保険薬局の方～

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で負担金を徴収し、この申請書に1か月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

～受診される方～

【申請までの順序】

- 1 この申請書は、各月において初めて医療を受けるとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関の窓口で提示してください。
- 2 医療機関の窓口で請求された医療にかかった額を支払ってください。
- 3 翌月の10日過ぎに、この申請書を医療機関に提示し、前月1か月分の医療にかかった額の証明を受けてください。(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 この申請書を山武市子育て支援課窓口へ提出してください。

【お願い】

- 1 交通事故などの第三者の行為によって生じた病気又はけがで診療を受けるときは、速やかにその旨を山武市子育て支援課窓口へ届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなったとき(他市町村への転出を含む。)は、速やかに山武市子育て支援課窓口へ届け出てください。
- 3 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 4 偽りその他不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還してもらいます。

第2号様式（第7条関係）

| ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書 | | | | | |
|--------------------|---|---|---------------|-------|---------|
| | | | | 年 月 日 | |
| | | 申請者 | 住所 | | |
| | | | 氏名 | ⑨ | |
| | | | Tel | | |
| 家族構成 | 対象・対象外の別 | 氏 名 | 個人番号 | 生年月日 | 申請者との続柄 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 保険の種類 | 被保険者の氏名 | | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 記 号 | | 番 号 | | |
| | 保 険 者 名 称 | | | | |
| | 所 在 地 | | | | |
| | 交 付 年 月 日 | | 資 格 取 得 年 月 日 | | |
| 所得の状況 | 同意書 | | | | |
| | 市が、助成資格の審査に必要な事務処理を行うために限って、受給資格がなくなるまでの期間、地方税関係情報について取得することに同意します。 | | | | |
| | (本人) ⑨ | | | | |
| | 生活保護受給状況 | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中 | | | |
| | ※所得の可否 | <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 振込先 | 銀行 | | | | 支店 |
| | 1 普通 | 口 座 番 号 | | | |
| | 2 当座 | 名 義 人 | | | |

注1 ※印の項目については、山武市で記載しますので記入しないでください。

注2 その他の添付書類
 ア 保険証 イ 戸籍の謄本又は抄本 ウ 世帯全員の住民票の写し
 エ 受給資格を証する書類 オ 養育費に関する申告書
 児童扶養手当証書をお持ちの方は、窓口で提示するとイからオまでは省略できます。

第2号様式の2 (第7条関係)

(表)

| |
|------------|
| 養育費に関する申告書 |
|------------|

| | |
|----------------------------------|-------|
| 前年(1月から12月までの1年間)に養育費を受け取っていますか。 | 有 ・ 無 |
|----------------------------------|-------|

養育費を受け取っている方のみ、以下に御記入ください。

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------|--|--------|
| 養育費の額 | 母又は父名義のもの | | 円 |
| 年1月1日 から 年12 月31日までに 受け取った額 | 子名義のもの | | 円 |
| | 合 計 | | 円 |
| | 養育費を支 払っている者 の氏名 | | 児童との続柄 |

上記のとおり相違ありません。

(宛先)山武市長

年 月 日

氏名 _____

(裏)

養育費に関する申告書について

ひとり親家庭等医療費等助成制度は、ひとり親家庭等の生活の安定及び福祉の向上を目的としており、医療費を適正に助成するために、助成資格申請書の交付・更新申請時に、所得に関する証明書などの各種書類を提出していただいているところですが、児童扶養手当の制度改正に伴い、離婚によりひとり親家庭になった方につきましては、新たに「養育費に関する申告書」を提出していただくことになりました。

離婚した父親又は母親は児童に対する扶養義務があり、児童の扶養のために養育費を支払う義務があります。別れた父親又は母親から養育費を受けている方は、受けていない方に比べてそれだけ家計の収入が増えますので、本事業の対象となるかどうかを判定する際に、その受け取った養育費を所得として加えることとなります。

(所得として含めるもの)

以下のようなものを養育費として、所得に含めることとなります。

養育費の所得算入は児童扶養手当制度に準じていますので、受け取っている金銭等を養育費に含めるか否か判断がつきにくいときは、山武市子育て支援課にお問い合わせください。

児童を養育するために必要な費用として受けている金銭又は有価証券
(例) 児童の学費
児童を養育するのに必要と思われる食費や生活必需品の購入費

なお、所得として含めるのは、別れた父親又は母親から受け取ったもののみです。それ以外の方(例 祖父母など)から受け取ったものは含めません。

また、銀行口座等に振り込まれている場合は、母親及びその児童又は父親及びその児童の名義の口座に振り込まれているものに限ります。

第3号様式（第8条関係）

| | |
|--|---|
| ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届 | |
| (宛先)山武市長 | 年 月 日 |
| 届出人住所 氏名 ㊟ | |
| 変更事項名 | ※該当を○で囲み、必要事項を記入すること。 |
| 1 住 所 | (新) ----- (旧) |
| 2 加入 社会 保 険 | (新) 政・組・船・共・国 ----- (旧) 政・組・船・共・国 |
| | (新) ----- (旧) |
| | (新) ----- (旧) |
| 3 そ の 他 | ----- ----- |
| 変 更 年 月 日 | 年 月 日 |