

○長生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8年10月7日

規則第9号

改正 平成15年6月2日規則第18号

平成16年7月1日規則第10号

平成20年9月24日規則第27号

平成24年3月22日規則第14号

長生村母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則（昭和60年長生村規則第3号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、長生村ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例（平成8年条例第8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。

（児童の障がいの状態）

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がいの状態は、別表第1のとおりとする。

（配偶者の障がいの状態）

第3条 条例第2条第3項第1号イに規定する規則で定める程度の障がいの状態は、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項に該当する場合とする。

（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、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第3条第1項及び第4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(第1号様式)の交付を受けようとする者は、ひとり親家庭等資格申請書(第2号様式)に次の各号に掲げる書類を添えて村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、母又は父がその看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(以下「養育費に関する申告書」という。)(第2号様式の2)
- (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2程度の障がい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。

3 第1項の定めにかかわらず、長生村役場内で確認できるものについては、村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、村長が受理した日からはじめて7月末日とする。

(届出)

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

第9条 この規則に定めるもののほか必要な事項は村長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、改正後の長生村母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、平成8年4月1日から適用する。

この場合において、平成8年4月1日から平成8年7月31日までの間における改正後の規則別表第3から別表第5までの規定の適用については、改正後の規則別表第3中「230万1,000円」を「233万8,000円」とし、「38万円」を「35万円」とし、改正後の規則別表第4中「606万1,000円」を「594万1,000円」とし、「631万円」を「619万円」とし、改正後の規則別表第5中「606万1,000円」を「594万1,000円」とし、「631万円」を「619万円」とする。

附 則（平成15年6月2日規則第18号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成16年7月1日規則第10号）

この規則は、平成16年8月1日から施行する。

附 則（平成20年9月24日規則第27号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成24年3月22日規則第14号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

別表第1

- (1) 両眼の視力の和が0.08以下のもの
- (2) 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
- (3) 平衡機能に著しい障がいをもつもの
- (4) そしやくの機能を欠くもの
- (5) 音声又は言語機能に著しい障がいをもつもの
- (6) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
- (7) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障がいをもつもの
- (8) 1上肢の機能に著しい障がいをもつもの
- (9) 1上肢のすべての指を欠くもの
- (10) 1上肢のすべての指の機能に著しい障がいをもつもの
- (11) 両下肢のすべての指を欠くもの
- (12) 1下肢の機能に著しい障がいをもつもの
- (13) 1下肢の足関節以上で欠くもの
- (14) 体幹の機能に歩くことができない程度の障がいをもつもの

- (15) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障がい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つて、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もの
- (16) 精神の障がいであつて、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- (17) 身体の機能の障がい若しくは病状又は精神の障がい重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- (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

- (1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの
- (2) 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
- (3) 両上肢の機能に著しい障がいを有するもの
- (4) 両上肢のすべての指を欠くもの
- (5) 両上肢のすべての指の機能に著しい障がいを有するもの
- (6) 両下肢の機能に著しい障がいを有するもの
- (7) 両下肢を足関節以上で欠くもの
- (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がいを有するもの
- (9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働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がいを有するもの
- (10) 精神に、労働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がいを有するもの
- (11) 傷病が治らないので、身体の機能又は精神に労働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がいを有するものであつて、当該障がい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月を経過しているもの
- (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。

第1号様式

(表)

ひとり親家庭等医療費等給付申請書					年 月 日
長生村長 様					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	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○印を付けてください					
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 点		
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	附加給付額等 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 計 食 円 円	有 無 円 円	円	円	円	
確認者印					
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>					

(裏)

～医療機関・保険薬局の方へ～

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。

～受診される方へ～

【申請までの順序】

- 1 この申請書は、各月においてはじ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 この申請書を長生村役場窓口で提出してください。

【お願い】

- 1 交通事故など第三者の行為によつて生じた病気やけがで診療を受けるときは、すみやかにその旨を長生村役場窓口へ届け出てください。
- 2 受給の資格がなくなつたとき(他市町村への転出を含む。)は、すみやかに長生村役場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

ひとり親家庭等医療費助成資格申請書

年 月 日

長生村長 様

申請者 住所
氏名
TEL



家 族 構 成	※対象・対象 外の別	氏 名	生 年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	備 考
			・ ・	本 人	
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
保 険 の 種 類	被 保 険 者 氏 名				
	住 所 記 号		番 号		
	保 険 者 名 称				
	所 在 地				
所 得 の 状 況	交 付 年 月 日		資 格 取 得 年 月 日		
	助成資格の審査のため所得及び諸控除の額の確認が必要となります。 次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 所得に関する証明書を添付する。 <input type="checkbox"/> 長生村が保有する村民税に関する情報の所得及び諸控除の額について、長生村が調査することに同意します。				
	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			
	※ 所得の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否			
振 込 先 金 融 機 関	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、長生村で記載しますので記入しなくてください。

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、窓口に提示するとイ～オは省略できます。

第2号様式の2

(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、以下に記入してください。

養育費の額	母または父 名義のもの		円
	子名義のもの		円
1月から12月までに 受け取った額	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。

年 月 日

長生村長 様

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と福祉の向上を目的としており、医療費を適性に助成するために、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おりますが、離婚によりひとり親家庭等になった方には「養育費に関する申告書」を提出していただきます。

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家計の収入が増えますので、対象者として判定する際に受け取った養育費は所得として加算されます。

(所得として含めるもの)

次のもので別れた父親又は母親から受け取ったもの

- ・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
(児童を養育するために必要と思われる食費や生活必需品の購入費)
- ・児童扶養手当制度による養育費として認められるもの

なお、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せん。又祖父母などから受け取ったものは含みません。

第3号様式

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届		
年 月 日		
長生村長 様		
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	保険の種類	(新) 政・組・船・共・国
		(旧) 政・組・船・共・国
	記号・番号	(新)
		(旧)
	保 険 者 名	(新)
		(旧)
3 そ の 他		
変 更 年 月 日	年 月 日	

(注) この届には、被保険者証等変更を証明する書類を添付してください。

