○加東市福祉医療費助成に関する条例施行規則

平成18年3月20日
規則第58号

（趣旨）

第1条　この規則は、加東市福祉医療費助成に関する条例（平成18年加東市条例第107号。以下「条例」という。）第5条及び第9条の規定に基づき規則に委任された事項並びに条例の実施のための手続その他施行に関し必要な事項を定めるものとする。

（福祉医療費の支給申請書）

第2条　条例第5条の申請は、福祉医療費支給申請書（様式第1号）に条例第2条第22号に規定する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。ただし、条例第4条第1項第1号に規定する高額療養費に相当する額の支給申請については、老人医療高額療養費支給申請書（様式第2号）により行うものとする。

（平20規則22・平22規則6・平23規則15・平28規則39・一部改正）

（福祉医療費受給者証）

第3条　市長は、条例第2条第1号から第8号まで、第16号から第18号まで、第20号及び第21号に規定する者のうち、条例第3条第2項に規定する要件を備えている者（以下「受給者」という。）に対し、次項に規定する申請により福祉医療費受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2　受給者証の交付を受けようとする者は、福祉医療費受給者証交付申請書（様式第4号）に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。

3　受給者証の有効期間は1年以内とし、有効期限は、翌年（当該受給者証の有効期間の始期が1月1日から6月30日までの場合は、その年）の6月30日までとする。ただし、この間に一定の年齢に到達する等により受給者に該当しなくなる場合は、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福祉医療費受給者証更新申請書（様式第4号）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。ただし、市長が引き続き受給者であると認める者については、申請を待たずに受給者証を更新することができるものとする。

5　市長は、第2項又は前項の申請について審査した結果、受給者証を交付できる者と認められないときは、福祉医療費受給者証交付（更新）申請却下通知書（様式第5号）により当該申請者に通知するものとする。

6　受給者証の交付を受けた者は、受給者証の有効期間が満了したとき、又は転出等の事由により受給者に該当しなくなったときは、速やかに当該受給者証を市長に返還しなければならない。

7　受給者証の交付を受けた者は、兵庫県内の条例第2条第24号に規定する保険医療機関等において医療を受けようとするときは、当該保険医療機関等に受給者証を提示しなければならない。

（平20規則22・平22規則6・平23規則15・平28規則39・一部改正）

（第三者行為による被害の届出）

第4条　福祉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、福祉医療費の支給を受けようとする者は、当該支給事由発生後、速やかにその状況を市長に届け出なければならない。

（助成対象者の特例）

第5条　条例第3条第3項に規定する助成対象者とすることができる場合とは、所得等判定対象者の失業（離職の日以前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箇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思及び能力を有するにもかかわらず、職業に就くことができない状態にあることをいう。）、病気等による退職、事業の廃止又は休止その他これらに類する状態（次の各号のいずれかに該当する場合を除く。以下「失業等」という。）により、失業等の事由発生日の属する年のうち同日までの収入に同日後1箇月の収入を基に算定した同年の残り期間の見込収入額を加算した額から算定した地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第13号に規定する合計所得金額（様式第6号において「推計合計所得額」という。）又は同項第2号に規定する所得割（同法第328条の規定により課する所

得割を除き、同法第314条の3第2項に規定する課税総所得金額及び課税山林所得金額を算定する場合の同法第314条の2の規定により控除する額は、前年の例によるものとする。)の額(同法の規定により当該額から控除すべき額は前年の例によるものとし、同法第314条の7、附則第5条の4第6項及び附則第5条の4の2第6項の規定により控除されるべき額があるときは、当該額を加算した額とする。様式第6号において「推計市町村民税所得割税額」という。)が減少し、所得等判定対象者全員について、条例第3条第2項に規定する助成対象者の要件を満たすことになったと市長が認めた場合とする。

(1) 転職、就学、結婚、家事従事等を目的とした自発的失業又は事業の廃止若しくは休止

(2) 一定の年齢に到達したことを事由とする雇用期間の満了

(3) 人材派遣従事者等の契約期間の満了

(4) 自己の責めに帰すべき理由による解雇

(5) 事業の再開を前提とした事業の廃止又は休止(重篤な疾病等により6箇月以上にわたって再開する見込みがない場合を除く。)

(6) 前各号に掲げるもののほか、これらに類する事由

2 助成対象とすることができる期間は、失業等に該当した日の属する月の初日から6箇月を超えない日までとする。この場合において、同一の事由に基づき、再度の助成対象とすることは認められないものとする。

3 助成対象者の特例の認定を受けようとする者は、福祉医療費受給資格認定申請書(様式第6号)を失業等に該当した日から6箇月以内に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、第1項に規定する要件に該当した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ものとする。

4 市長は、前項の申請について審査した結果、受給資格を認定できる者(以下「受給資格認定者」という。)と認めたときは、条例第3条第1項に規定する対象者に対し、認定期間を明記した受給者証を交付するものとする。ただし、国民健康保険又は退職者医療で一部負担金の減免が行われている場合は、受給者証を交付せず、条例第4条第1項に規定する助成する医療費の範囲について、現金給付を行うものとする。

5 前項の場合において、当該認定期間が6月30日を超える場合は、いったん、6月30日まで有効の受給者証を発行し、7月1日以降については、次により処理するものとする。

(1) 7月1日以降条例第3条第2項に規定する助成対象者の要件を備えたときは、第3条の例により受給者証を交付する。

(2) 7月1日以降も引き続き条例第3条第2項に規定する助成対象者の要件を備えていないときは、7月1日から残りの有効期間を記載した受給者証を交付する。

6 市長は、第3項の申請について審査した結果、受給資格認定者と認められないときは、福祉医療費受給資格認定申請却下通知書(様式第7号)により当該申請者に通知するものとする。

(平22規則20・平23規則15・平26規則30・平28規則39・一部改正)

(一部負担金の免除)

第6条 条例第4条第4項に規定する一部負担金を免除することができる場合とは、次の各号のいずれかの事由に該当し、条例第4条第1項第1号、第2号及び第5号に規定する一部負担金(以下「一部負担金」という。)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、国民健康保険又は退職者医療で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) 受給者及び受給資格認定者(以下「受給対象者」という。)の属する世帯の主たる生計維持者が失業等により事由発生日後1箇月の収入を基に算定した同日後1年間の見込収入額から算定した地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額(以下この項及び様式第8号において「推計合計所得額」という。)に12分の1を乗じて得た額が、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)別表第1第1章1(1)ア(ア)第1類の年齢別の欄の区分に応じ、それぞれ基準額の欄の額に、同(ア)第2類の世帯人員別の欄の区分に応じ、それぞれ基準額の項の額を加えて得た額(以下「基準生活費」という。)に100分の135を乗じて得た額以下に減少し、かつ、当該受給対象者の属する世帯が次の要件の全てを満たすとき。

ア 世帯全員に係る事由発生日後1年間の見込収入の合計が一定額以下(世帯員1人の場合、100万円以下、世帯員が1人増えるごとに35万円を加算。この場合の収入には、雇用保険給

付、障害年金、遺族年金等の非課税所得、仕送り等全ての収入を含む。)であること。

イ　条例第3条第2項に規定する現に受給している福祉医療制度の所得制限要件を満たす所得額に相当する収入額と同額以上の現金及び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により、次のいずれかに該当したとき。

ア　受給対象者及び所得等判定対象者が、住宅、宅地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。

イ　受給対象者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は条例第2条第2号に規定する重度障害者となったとき。

ウ　受給対象者の属する世帯の主たる生計維持者について、推計合計所得額に12分の1を乗じて得た額が基準生活費に100分の135を乗じて得た額以下に減少したとき。

(3)　受給対象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推計合計所得額に12分の1を乗じて得た額が基準生活費に100分の135を乗じて得た額以下に減少したとき。

(4)　前2号に掲げる事由に類する事由があったとき。

2　一部負担金を免除できる期間は、前項各号に規定する免除すべき事由の発生した日(干ばつ等免除すべき事由の発生した日が特定できない場合は、収穫量等において平年と比較して不作、不漁等の事実があるか否かによるものとし、その事実が認められる日。以下「発生日」という。)の属する月の初日から6箇月を超えない日までとする。この場合において、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。

3　一部負担金の免除を受けようとする者は、福祉医療一部負担金免除申請書(様式第8号)を発生日から6箇月以内に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、第1項各号に掲げる事由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ものとする。

4　市長は、前項の申請について審査した結果、一部負担金を免除することができると認めた者(以下「免除対象者」という。)には、負担なしを明記した受給者証を交付するものとする。ただし、国民健康保険又は退職者医療で減免が行われている場合には、受給者証を回収し、一部負担金の免除できる範囲について、現金給付を行うものとする。

5　市長は、第3項の申請について審査した結果、一部負担金を免除することができる者と認められないときは、福祉医療一部負担金免除申請却下通知書(様式第9号)により当該申請者に通知するものとする。

(平22規則20・平23規則15・平28規則39・一部改正)

(認定等の取消し)

第7条　市長は、受給資格認定者又は免除対象者がこれらの認定期間満了までに認定後の状況の変化により認定の要件を満たさなくなったときは、認定期間にかかわらず、既に行った決定を取り消し、受給資格認定者又は免除対象者に対し受給者証の返還を求めるものとする。

2　前項の場合において、免除対象者が条例第3条第2項に規定する助成対象者の要件を備えている場合又は受給資格認定者の要件を備えている場合は、第3条第1項又は第5条第4項の規定により受給者証を交付するものとする。ただし、当該免除対象者(受給資格認定者に限る。)が同項ただし書に規定する場合に該当するときはこの限りでない。

3　市長は、受給者証の交付又は一部負担金の免除(以下「受給者証の交付等」という。)を受けた者が偽りの申請その他不正行為によって、受給者証の交付等を受けたことが明らかになった場合には、申請時にさかのぼって決定を取り消し、当該申請者から受給者証を返還させるとともに、既に福祉医療で助成を行っている場合は、この額を返納させるものとする。

(平22規則20・一部改正)

(福祉医療費支給申請の手続等)

第8条　条例及びこの規則に定めるもののほか、福祉医療費の支給に関する手続その他必要な事項については、別に定める。

附　則

(施行期日)

1　この規則は、平成18年3月20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社町福祉医療費助成に関する条例施行規則(昭和48年社町規則第11号)、滝野町福祉医療費助成に関する条例施行規則(昭和49年滝野町規則第4号)又は東条町福祉医療費助成に関する条例施行規則(昭和57年東条町規則第12号)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20年4月1日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附　則(平成20年6月30日規則第22号)

この規則は、平成20年7月1日から施行する。

附　則(平成21年3月30日規則第7号)

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附　則(平成21年8月5日規則第17号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の加東市福祉医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成21年7月1日から適用する。

附　則(平成22年3月5日規則第6号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附　則(平成22年9月7日規則第20号)

(施行期日等)

1　この規則は、公布の日から施行し、改正後の加東市福祉医療費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22年7月1日から適用する。

(経過措置)

2　改正後の規則第6条第1項の規定は、平成22年7月1日以後に生じた事由に係る一部負担金の免除について適用し、同日前に生じた事由に係る一部負担金の免除については、なお従前の例による。

(特例助成対象者の認定の特例)

3　平成22年7月1日から平成23年6月30日までの間、老人、重度障害者及び幼児等保護者に対する助成対象者の特例の認定に係る改正後の規則第5条第1項の規定の適用については、同項中「助成対象者の要件」とあるのは、「助成対象者の要件(老人、重度障害者及び幼児等保護者にあっては、加東市福祉医療費助成に関する条例の一部を改正する条例(平成21年加東市条例第12号)附則第3項の規定による助成対象者の要件とする。)」とする。

附　則(平成23年9月26日規則第15号)抄

(施行期日等)

1　この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条、第3条第1項及び第5条第4項の改正規定、第6条第1項の改正規定(同項第1号に係る部分を除く。)、様式第1号の改正規定(「／乳幼児等／母子等乳幼児等」を「／乳幼児等／こども／母子等／」に改める部分に限る。)、様式第1号の2の改正規定(「高学年児及び中学生医療費支給申請書兼資格確認書」を「こども医療費支給申請書兼資格確認書」に改める部分に限る。)、様式第3号の改正規定(同様式(4)を同様式(5)とし、同様式(3)の次に同様式(4)として次のように加える部分に限る。)、様式第4号の改正規定(同様式(4)を同様式(5)とし、同様式(3)の次に同様式(4)として次のように加える部分に限る。)並びに様式第6号の改正規定(同様式(4)を同様式(5)とし、同様式(3)の次に同様式(4)として次のように加える部分に限る。)は、平成23年10月1日から施行する。

2　この規則(前項ただし書に規定する改正規定を除く。)による改正後の加東市福祉医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成23年7月1日から適用する。

附　則(平成26年12月22日規則第30号)

この規則は、平成27年1月1日から施行する。

附　則(平成27年3月24日規則第5号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附　則(平成28年3月31日規則第39号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第5号、様式第7号及び様式第9号の改正規定は、平成28年4月1日から施行する。

附　則(平成28年6月15日規則第64号)

この規則は、平成28年7月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

（平20規則8・平23規則15・一部改正）

様式第1号(第2条関係)

老人
障害
乳幼児等　福祉医療費支給申請書
こども
母子等

受給者の氏名・性別	男・女	受給者番号	
受給者の生年月日	年　月　日		
保険者の名称（保険者番号）	（　　）	保険種別	国保・社保
被保険者証の記号番号	記号	番号	
療養の給付を受けることができなかった理由	1 証未提示　2 県外受診　3 補装具 4 アンマ・マッサージ　5 ハリ・灸 6 その他	診療月	年　月分

振込金融機関名		預金種別	1 普通　2 当座
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

加東市長　様

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

申請者
住所
氏名　㊞
電話番号　（　）　―

※添付書類・保険医療機関等において発行された領収書

・医療保険が療養費払の場合には、療養費支給明細書

・家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書

下記のとおり決定します。

福祉医療費支給決定額	円

様式第2号(第2条関係)

（平20規則8・平23規則15・一部改正）

様式第2号（第2条関係）

（表）

老人医療高額療養費支給申請書

受給者の氏名・性別	男・女	受給者番号	
受給者の生年月日	年　月　日		
保険者の名称（保険者番号）	（　　）	保険種別	国保・社保
被保険者証の記号番号	記　号　　番　号		

医療機関等の名称及び所在地	入院・外来の別	医療を受けた期間	一部負担金の額
(1)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	
(2)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	
(3)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	
(4)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	
(5)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	
(6)	入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで	

合算の対象となる方の氏名及び医療費受給者証の受給者番号

氏　名				
受給者番号				

他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か

受けられる（制度名―　　）（費用徴収の　　有・無）
受けられない

加東市長　様

上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請します。

年　月　日

住　所
申請者
氏　名　　㊞
電話番号　（　　）　―

（裏）

（委任状）

私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　　月　　日に請求した高額療養費の受領に関すること。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

振込金融機関名		預金種別	1　普通　　2　当座
銀　　行	本　店	口座番号	
信用金庫	支　店	フリガナ	
信用組合	出張所	口座名義人	
農業協同組合			

※以下については申請者は記入不要です。　（市記入欄）

受給者のみの場合	世帯合算する場合
一部負担金合計支払額 （　　円） 自己負担限度額 （　　円） 受給者への支給額 ＝　　円　－　　円 ＝＿＿＿＿円	①受給者名（一部負担金合計支払額） （　　円） ②受給者名（一部負担金合計支払額） （　　円） 世帯の一部負担金の合計額＝　　円 世帯としての高額療養費支給額 ＝　　円　－　　円 ＝　　円 受給者①への支給額 ＝　　円×　　円／　　円 ＝＿＿＿＿円

様式第3号（第3条関係）

（平20規則8・平20規則22・平21規則7・平21規則17・平23規則15・平27規則5・平28規則39・平28規則64・一部改正）

様式第3号(第3条関係)

(1)

(表)

㊙	老人医療費受給者証		
負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	年　月　日	
一部負担金		外来	
		入院	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで		
発行機関名及び印	兵庫県 加東市長　印		
交付年月日	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。

自立支援医療等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。

(裏)

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　県内の保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける際は、被保険者証(又は組合員証)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・通院に関わらず医療費が高額になる場合は、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、証の表面に記載してある一部負担金を支払ってください。また、1箇月の負担額が限度額を超えた場合は、市長に申請することにより超えた額が払い戻されます。
5　市外へ転出したとき等、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てください。
7　本人及び同世帯の方で、住所の異動があった場合や前年の所得日月から6月までは前々年の所得)が修正申告等によって変わった場合は、市長に届け出てください。
8　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。
9　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
10　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。
11　保険診療であっても、訪問看護ステーションによる訪問看護については、この受給者証は使えません。
12　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。

(2)

(表)

㊙	重度障害者医療費受給者証		
負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	年　月　日	
一部負担金		外来	
		入院	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで		
発行機関名及び印	兵庫県 加東市長　印		
交付年月日	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。

自立支援医療等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。

(裏)

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　県内の保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける際は、被保険者証(又は組合員証)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・通院に関わらず医療費が高額になる場合は、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、証の表面に記載してある一部負担金を保険医療機関や薬局等ごとに支払ってください。
5　市外へ転出したとき等、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　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
9　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。
10　保険診療であっても、訪問看護ステーションによる訪問看護については、この受給者証は使えません。
11　自立支援医療、指定難病、小児慢性特定疾病等、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。

(3)

（表）

㊐	乳幼児等医療費受給者証	
負担者番号		
受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
一部負担金	外来	
	入院	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
発行機関名及び印	兵庫県 加東市長　印	
交付年月日	年　月　日	

（裏）

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　県内の保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける際は、被保険者証（又は組合員証）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・通院に関わらず医療費が高額になる場合は、限度額適用認定証を併せて提示してください。
4　保育所・認定こども園・幼稚園・学校等管理下において生じたケガ等については、この証を使用せずに受診をお願いします。
5　市外へ転出したとき等、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　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
9　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）、眼のピン代、注診の場合の負担金、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。
10　保険診療であっても、訪問看護ステーションによる訪問看護については、この受給者証は使えません。
11　自立支援医療、指定難病、小児慢性特定疾病等、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。

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。

自立支援医療等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。

（4）

（表）

㊀	こども医療費受給者証	
負担者番号		
受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
一部負担金	外来	
	入院	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
発行機関名及び印	兵庫県 加東市長　印	
交付年月日	年　月　日	

（裏）

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　県内の保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける際は、被保険者証（又は組合員証）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・通院に関わらず医療費が高額になる場合は、限度額適用認定証を併せて提示してください。
4　学校管理下において生じたケガ等については、この証を使用せずに受診をお願いします。
5　市外へ転出したとき等、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　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
9　健康診断料、予防注射料、眼のピン代、注診の場合の負担金、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。
10　保険診療であっても、訪問看護ステーションによる訪問看護については、この受給者証は使えません。
11　自立支援医療、指定難病、小児慢性特定疾病等、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。

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。

自立支援医療等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。

(5)

(表)

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	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
一部負担金	外来	
	入院	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
発行機関名及び印	兵庫県 加東市長　印	
交付年月日	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。

自立支援医療等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。

(裏)

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　県内の保険医療機関等において診療，薬剤の支給等を受ける際は，被保険者証(又は組合員証)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・通院に関わらず医療費が高額になる場合は，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，証の表面に記載してある一部負担金を保険医療機関や薬局等ごとに支払ってください。

5　市外へ転出したとき等，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　有効期限を経過したときは，この証を使用することはできませんから，速やかに市長に返してください。

9　健康診断料，予防注射料，入院の場合の部屋代(第新ベッド代)・食事代(標準負担額)，眼のピン代，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。

10　保険診療であっても，訪問看護ステーションによる訪問看護については，この受給者証は使えません。

11　自立支援医療，指定難病，小児慢性特定疾病等，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。

様式第4号(第3条関係)

(平20規則8・平21規則17・平22規則6・平23規則15・平28規則39・一部改正)

様式第4号(第3条関係)

(1)

老人医療費受給者証［交付・更新］申請書

助成対象者		ふりがな 氏名　　男・女 生年月日　　年　月　日			住所 兵庫県加東市 番地			
前年の所得の状況	世帯の市町村民税課税状況	課税・非課税						
	本人の年金収入額	円						
	本人の合計所得金額	円						
	合計	円						
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所			
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号			付加給付等の有無	有・無	
	被保険者証発行機関名	(保険者番号　　)		所在地				
受給者証交付(更新)事由		1　加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第1号に新規に該当するようになったため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため 4　年度更新のため 5　年度切替えによる該当のため 6　その他(　　) (交付事由発生年月日　　年　月　日)						

加東市長　様

上記のとおり、老人医療費受給者証の交付(更新)を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による私及び世帯員全員の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住所
申請者　㊞
世帯主　㊞
電話番号　(　)　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

(2)

重度障害者医療費受給者証［交付・更新］申請書

助成対象者		ふりがな 氏名　男・女 生年月日　年　月　日	住所 兵庫県加東市 番地
配偶者		氏名	住所
扶養義務者		①氏名　受給者との続柄（　）	住所
		②氏名　受給者との続柄（　）	住所
		③氏名　受給者との続柄（　）	住所
		④氏名　受給者との続柄（　）	住所
課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額	
	助成対象者	円	
	配偶者	円	
	扶養義務者	①　円	③　円
		②　円	④　円
	合計額	円	
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄　住所
	保険種別	協・組・国・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号　付加給付等の有無　有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　）	所在地
受給者証交付（更新）申請事由		1　加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第2号に新規に該当するようになったため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため 4　年度更新のため 5　年度切替えによる該当のため 6　その他（　） （交付事由発生年月日　年　月　日）	

加東市長　様

上記のとおり，重度障害者医療費受給者証の交付（更新）を申請いたします。
なお，資格認定等については，税務情報による私及び配偶者・扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において，公費で現物給付された公費負担額のうち，世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は，その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　㊞
世帯主　㊞
電話番号　（　）　―

・文字は，楷書ではっきり書いてください。

(3)

乳幼児等医療費受給者証［交付・更新］申請書

支給対象乳幼児等	ふりがな 氏　名　　男・女 生年月日　　年　月　日	住所 兵庫県加東市 番地	
乳幼児等保護者	①氏　名 支給対象乳幼児等との続柄	住所	
	②氏　名 支給対象乳幼児等との続柄	住所	
扶養義務者 (上記乳幼児等保護者が生計を維持できない場合)	①氏　名 支給対象乳幼児等との続柄	住所	
	②氏　名 支給対象乳幼児等との続柄	住所	

課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額	
	乳幼児等保護者	①　　円	②　　円
	扶養義務者	①　　円	②　　円
	合計額		

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号			付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号　　)	所在地				

受給者証交付(更新)申請事由	1　加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第10号に新規に該当するようになったため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため 4　年度更新のため 5　年度切替えによる該当のため 6　その他(　　) (交付事由発生年月日　　年　月　日)

加東市長　様

上記のとおり，乳幼児等医療費受給者証の交付（更新）を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による保護者及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　㊞
世帯主　㊞
電話番号　(　　)　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

こども医療費受給者証［交付・更新］申請書

支給対象高学年児・中学生	ふりがな		住所 兵庫県加東市 番地
	氏　名　　男・女		
	生年月日　　年　月　日		
高学年児・中学生保護者	①氏　名		住所
	支給対象高学年児・中学生との続柄		
	②氏　名		住所
	支給対象高学年児・中学生との続柄		
扶養義務者 （上記高学年児・中学生保護者が生計を維持できない場合）	①氏　名		住所
	支給対象高学年児・中学生との続柄		
	②氏　名		住所
	支給対象高学年児・中学生との続柄		

課税の状況	所得判定対象者	市町村民税所得割税額	
	高学年児・中学生保護者	①　円	②　円
	扶養義務者	①　円	②　円
	合計額	円	

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号			付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　　）	所在地				

受給者証交付（更新）申請事由	1　加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第11号に該規に該当するようになったため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため 4　年度更新のため 5　年度切替えによる該当のため 6　その他（　　） （交付事由発生年月日　　年　月　日）

加東市長 様

上記のとおり、こども医療費受給者証の交付（更新）を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による保護者及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所

申請者　㊞

世帯主　㊞

電話番号　（　）　-

・文字は楷書ではっきり書いてください。

(5)　　母子家庭等医療費受給者証［交付・更新］申請書

	氏名	対象者との続柄	生年月日	住所
助成対象者		本人	年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
扶養義務者（上記母等が生計を維持できない場合）			住所	

所得状況／扶養親族等控除		受給者の状況		扶養義務者の所得状況	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数（うち特定扶養親族又は老人扶養親族の数）		人　特定（　人）老人（　人）		人　特定（　人）老人（　人）	
前年の所得額		円		円	
控除	雑損	円		円	
	医療費	円		円	
	社会保険料	※　円		※　円	
	小規模企業共済等掛金	円		円	
	配偶者特別	円		円	
	障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	※　円	人	※　円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	※　円	人	※　円
	障害者・特別障害者・勤労学生の別	障・特障・働	※　円	障・特障・働	※　円
	寡婦（夫）控除	円		円	
※控除後の所得額		円		円	

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所	
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号		付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　　）	所在地			

受給者証等交付(更新)申請事由	1　加東市福祉医療費助成に関する条例第2条第16号、第17号、第18号、第20号又は第21号に新規に該当するようになったため 2　転入してきたため 3　保険に新たに加入したため 4　年度更新のため 5　年度切替えによる該当のため 6　その他（　　） （交付事由発生年月日　　年　月　日）

加東市長　様

上記のとおり、母子家庭等医療費受給者証の交付（更新）を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による私及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　　㊞
世帯主　　㊞
電話番号　（　）　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。　・※印の欄は、記入しないでください。

様式第5号（第3条関係）
（平28規則39・一部改正）

様式第5号(第3条関係)

第　　号
年　　月　　日

様

加東市長　　印

福祉医療費受給者証交付(更新)申請却下通知書

年　　月　　日付けで申請のありました　　医療費受給者証交付(更新)申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

(理由)

対象

1　この処分に不服があるときは、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、加東市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、この処分(この処分について上記1の審査請求をしたときは、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、加東市を被告として(訴訟において加東市を代表する者は、加東市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この処分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、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、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6号(第5条関係)

(平20規則8・平21規則17・平22規則20・平23規則15・平28規則39・一部改正)

様式第6号(第5条関係)

(1)

老人医療費受給資格認定申請書

助成対象者		ふりがな 氏名　　男・女 生年月日　　年　月　日		住所 兵庫県加東市 番地		
今年の所得の状況	本人の市町村民税課税の状況	課　税・非課税				
	本人の年金収入額	円				
	本人の推計合計所得額	円				
	合　計	円				
	同一世帯の家族氏名					
	市町村民税課税の状況	課　税・非課税	課　税・非課税	課　税・非課税		
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所	
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号		付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号　　)	所在地			
失業等事由発生年月日		年　月　日				

加東市長　様

上記のとおり、老人医療の受給資格の認定を申請いたします。

なお、資格認定等については、税務情報による私及び世帯員全員の所得課税状況等の調査を承諾します。

当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所

申請者　　㊞

世帯主　　㊞

電話番号　(　　)　　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

(2)

重度障害者医療費受給資格認定申請書

助成対象者		ふりがな 氏名　男・女 生年月日　年　月　日	住所 兵庫県加東市 番地
配偶者		氏名	住所
扶養義務者		①氏名　受給者との続柄（　）	住所
		②氏名　受給者との続柄（　）	住所
		③氏名　受給者との続柄（　）	住所
		④氏名　受給者との続柄（　）	住所
課税の状況	所得判定対象者	推計市町村民税所得割税額	
	助成対象者	円	
	配偶者	円	
	扶養義務者	①　円	③　円
		②　円	④　円
	合計額	円	
加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄 / 住所
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号 / 付加給付等の有無　有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　）	所在地
失業等事由発生年月日		年　月　日	

加東市長　様

上記のとおり、重度障害者医療の受給資格の認定を申請いたします。

なお、資格認定等については、税務情報による私及び配偶者・扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。

当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　㊞
世帯主　㊞
電話番号　（　）　－

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

(3)

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

助成対象乳幼児等	ふりがな 氏　名　　男・女 生年月日　　年　月　日	住所 兵庫県加東市 番地	
乳幼児等保護者	①氏　名 助成対象乳幼児等との続柄	住所	
	②氏　名 助成対象乳幼児等との続柄	住所	
扶養義務者 (上記乳幼児等保護者が生計を維持できない場合)	①氏　名 助成対象乳幼児等との続柄	住所	
	②氏　名 助成対象乳幼児等との続柄	住所	
課税の状況	所得判定対象者	前計市町村民税所得割税額	
	乳幼児等保護者	①　　円	②　　円
	扶養義務者	①　　円	②　　円
	合計額	円	

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号			付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	(保険者番号　　)	所在地				
失業等事由発生年月日		年　月　日					

加東市長　様

上記のとおり、乳幼児等医療の受給資格の認定を申請いたします。

なお、資格認定等については、税務情報による保護者及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。

当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　　㊞
世帯主　　㊞
電話番号　(　　)　　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

(4)

こども医療費受給資格認定申請書

助成対象高学年児・中学生	ふりがな 氏　名　　男・女	住所 兵庫県加東市 番地	
	生年月日　　年　月　日		
高学年児・中学生保護者	①氏　名	住所	
	助成対象高学年児・中学生との続柄		
	②氏　名	住所	
	助成対象高学年児・中学生との続柄		
扶養義務者（上記高学年児・中学生保護者が生計を維持できない場合）	①氏　名	住所	
	助成対象高学年児・中学生との続柄		
	②氏　名	住所	
	助成対象高学年児・中学生との続柄		

課税の状況	所得判定対象者	推計市町村民税所得割税額	
	高学年児・中学生保護者	①　　円	②　　円
	扶養義務者	①　　円	②　　円
	合計額	円	

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所		
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号			付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　　）	所在地				
失業等事由発生年月日		年　月　日					

加東市長　様

上記のとおり、こども医療の受給資格の認定を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による保護者及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住　所
申請者　　㊞
世帯主　　㊞
電話番号　（　　）　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。

(5)　　母子家庭等医療費受給資格認定申請書

	氏名	申請者との続柄	生年月日	住所
助成対象者		本人	年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
扶養義務者（上記母等が生計を維持できない場合）			住所	

所得状況 ／ 扶養親族等控除		受給者の状況	扶養義務者の所得状況
申請時の控除対象配偶者等扶養親族の合計数（うち特定扶養親族又は老人扶養親族の数）		人　特定（　人）　老人（　人）	人　特定（　人）　老人（　人）
推計合計所得額		円	円
控除	雑損	円	円
	医療費	円	円
	社会保険料	※　円	※　円
	小規模企業共済等掛金	円	円
	配偶者特別	円	円
	障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人　※　円	人　※　円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人　※　円	人　※　円
	障害者・特別障害者・勤労学生の別	障・特障・勤　※　円	障・特障・勤　※　円
	両用半の免税所得	円	円
※控除後の推計合計所得額		円	円

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄		住所	
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組	被保険者証の記号番号		付加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	（保険者番号　　）	所在地			
失業等事由発生年月日		年　月　日				

加東市長　様

上記のとおり、母子家庭等医療の受給資格の認定を申請いたします。
なお、資格認定等については、税務情報による私及び扶養義務者の所得課税状況等の調査を承諾します。
当事業において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その申請及び受領を公費負担者である加東市に委任します。

年　月　日

住所
申請者　㊞
世帯主　㊞
電話番号　（　）　―

・文字は、楷書ではっきり書いてください。　・※印の欄は、記入しないでください。

様式第7号（第5条関係）
（平28規則39・一部改正）

様式第7号（第5条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

加東市長　　印

福祉医療費受給資格認定申請却下通知書

年　　月　　日付けで申請のありました　　医療費受給資格認定申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

（理由）

対象

1　この処分に不服があるときは、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、加東市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、この処分（この処分について上記1の審査請求をしたときは、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、加東市を被告として（訴訟において加東市を代表する者は、加東市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この処分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、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、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8号（第6条関係）

（平22規則20・一部改正）

様式第8号(第6条関係)

福祉医療一部負担金免除申請書

公費負担医療の受給者番号		
受給者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
申請の理由		
事由発生日		年　　月　　日
事由発生日後1年間の推計合計所得額の12分の1相当額		

加東市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて、　　医療の一部負担金の免除を申請します。

年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名　　㊞

電話番号　（　　）　―

様式第9号(第6条関係)

(平28規則39・一部改正)

様式第9号（第6条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

加東市長　　印

福祉医療一部負担金免除申請却下通知書

年　　月　　日付けで申請のありました　　医療の一部負担金の免除申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

（理由）

対象

1　この処分に不服があるときは、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、加東市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、この処分（この処分について上記1の審査請求をしたときは、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、加東市を被告として（訴訟において加東市を代表する者は、加東市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この処分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、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、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。