

○芝山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12月20日

規則第16号

改正 平成9年2月6日規則第3号

平成11年9月24日規則第11号

平成16年8月1日規則第7号

芝山町母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則(平成7年3月28日芝山町規則第4号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、芝山町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する条例(平成8年芝山町条例第16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。

(施設)

第4条 条例第3条第2項第3号に規定する規則で定める施設は、次号に掲げる施設(通所により利用する施設を除く。)とする。

(1) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第7条に規定する児童福祉施設(母子生活支援施設を除く。)

(2) 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第21条の5に規定する知的障害者更生施設又は同法第21条の6に規定する知的障害者授産施設であつて、国又は地方公共団体若しくは社会福祉法人の設置するもの

(3) 前項に掲げる施設のほか、条例第3条第1項に規定する者又は当該者に係る国民健康保険法による世帯主若しくは社会保険各法による被保険者その他これに準ずるものが負担すべき額を、国又は地方公共団体において負担している施設

(支給の制限の適用除外)

第5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項の規定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6条 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。

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。

(所得の範囲及び所得の額の計算方法)

第7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8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町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、加入者又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) 世帯の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、ひとり親家庭となった場合、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(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程度の障害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。

3 第1項の規定にかかわらず、芝山町役場内で確認できる書類については、町長は当該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、町が受理した日から初めての7月末日までとする。

(届出)

第9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(第3号様式)で行うこととする。

(雑則)

第10条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、町長が定める。

附 則

この規則は、平成9年1月1日から施行し、改正後の芝山町母子家庭・父子家庭等医療費等の助成に関する条例施行規則の規定は、平成8年4月1日から適用する。

附 則(平成9年規則第3号)

この規則は、公布の日から施行し、平成8年8月1日から適用する。

附 則(平成11年規則第11号)

(施行期日)

この規則は、公布の日から施行し、平成11年4月1日から適用する。

附 則(平成16年規則第7号)

この規則は、公布の日から施行する。

別表第1(第2条、第8条関係)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">(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害を有するもの(4) そしゃくの機能を欠くもの(5) 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの(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害を有するもの(8) 1上肢の機能に著しい障害を有するもの(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害を有するもの(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害を有するもの(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害を有するもの
- (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もの
- (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もの
- (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(第3条、第8条関係)

- (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害を有するもの
- (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害を有するもの
- (6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- (7) 両下肢の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害を有するもの
- (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害を有するもの
- (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害を有するもの
- (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害を有するものであって、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(第8条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費等給付申請書				
芝山町長 様			年 月 日	
			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	有(円) ・ 無	
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点	
入院延日数	日	入院時食事療養費の標準負担額	(円× 日) 円	
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)			
町窓口記入欄				
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
確認者印				

(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へ提示してください。
- 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 翌日の10日過ぎに、この申請書を医療機関へ提示し、前月の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 この申請書を芝山町役場福祉保健課窓口へ提出してください。

【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芝山町役場福祉課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、すみやかに芝山町役場福祉保健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金額の全部又は一部を返還してもらいます。

第2号様式(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費等助成資格申請書					
			平成 年 月 日		
			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		資 格 取 得 年 月 日		
所 得 の 状 況	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"/> 芝山町が保有する町民税に関する情報の所得及び諸控除の額について、芝山町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 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、芝山町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 戸籍の謄本または抄本 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～オは省略できます。					

第2号様式の2(第8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 年1月1日から 年12月31日まで に受け取った額	あなた 名義のもの	円	
	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。

芝山町長 様

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と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。離婚した相手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を養育費に含めるか否か判断がつきにくいときは、芝山町保健福祉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、生活必需品の購入費等

なお、所得として含めるのは、離婚した相手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、養育費が銀行口座等に振り込まれている場合は、あなた又は子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9条関係)

ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届		
年 月 日		
芝山町長 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) (旧)
	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。

第1号様式(第8条関係)

第2号様式(第8条関係)

第2号様式の2(第8条関係)

第3号様式(第9条関係)