

○芝山町子ども医療費の助成に関する規則

平成15年2月14日

規則第1号

改正 平成18年7月1日規則第11号

平成19年9月3日規則第10号

平成23年1月14日規則第1号

平成24年7月5日規則第7号

平成24年10月26日規則第16号

平成28年3月17日規則第15号

芝山町乳幼児医療対策事業規則(昭和48年芝山町規則第2号)の全部を改正する。

(目的)

第1条 この規則は、子どもの医療に要する費用を負担する保護者に、当該費用の全部又は一部を助成することにより、子どもの保健対策の充実及び保護者の経済的負担の軽減を図り、もって子どもの保健の向上及び子育て支援体制の充実に寄与することを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 子ども 15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者(学校教育法(昭和22年法律第26号)第18条の規定による就学義務の猶予又は免除に係る者を含む。)をいう。
- (2) 保護者 子どもの親権を行う者、後見人その他の者で子どもを現に監護する者をいう。
- (3) 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。
 - ア 健康保険法(大正11年法律第70号)
 - イ 船員保険法(昭和14年法律第73号)
 - ウ 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
 - エ 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
 - オ 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
 - カ 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (4) 保険給付 医療保険各法の規定による療養の給付、入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族看護療養費及び高額療養費をいう。
- (5) 一部負担金 医療費の額から医療保険各法の規定により給付される額を控除した額をいう。

- (6) 自己負担金 国、県又は町が公費負担医療制度による給付決定をした場合、当該給付を受けた者又はその保護者がその負担能力に応じて負担しなければならない額をいう。
- (7) 子ども医療自己負担金 町長が子ども医療費助成制度による給付決定をした場合、当該給付を受けた保護者が負担しなければならない額をいう。
- (8) 保険医療機関 医療保険各法に基づき指定された病院、診療所、薬局等で町長から子ども医療助成事業の実施について委託を受けたもの。

(助成対象者)

第3条 この規則に定める子ども医療費の助成を受けることができる者(以下、「助成対象者」という。)は、次の各号のすべてに該当する子どもの保護者とする。

- (1) 子どもが芝山町に住所を有し、かつ、芝山町の住民基本台帳に記録されている者。
- (2) 子どもが医療保険各法の規定により保険給付の対象となった者。
- (3) 子どもが保険給付を受けることができる被保険者又は被扶養者であること。

(助成期間)

第4条 この規則に定める子ども医療費の助成を受けることができる期間は、町長が申請書を受理した日から開始する。ただし、転入者及び出生児については、転入日又は出生日の翌日から起算して30日以内に申請を行った場合は、助成期間の開始を転入日又は出生日に遡ることができる。

(優先関係)

第5条 子どもにかかる疾病が、他の法令等による公費負担医療制度の対象となるものである場合には、その制度を優先適用する。

(助成額)

第6条 医療費として助成する額は、次の各号に掲げる額とする。ただし、子どもの属する世帯が町民税所得割課税世帯である場合にあっては、別表に定める子ども医療負担基準額を控除した額(一部負担金子ども医療負担基準額に満たないときはその額)とする。なお、保険調剤については、別表に定める階層区分にかかわらず、自己負担金を徴しないものとする。

- (1) 助成対象者が保険医療機関で子どもにかかる保険給付を受けた場合は、その一部負担金に相当する額
- (2) 助成対象者が子どもにかかる保険給付につき保険医療機関で一部負担金を負担した場合は、その一部負担金

(3) 国、県又は町が公費負担医療制度による給付決定をした場合においては、当該給付を受けた者又はその保護者がその負担能力に応じて負担しなければならない自己負担金

2 前項の助成は、他の法令等により国又は地方公共団体による医療給付を受けた場合及び医療保険各法の規定に基づく規則定款等により附加給付金の支給があった場合は、当該助成額からその額を除くものとする。

(申請)

第7条 この規則による助成を受けようとする者は、子ども医療費助成申請書(様式第1号)により受給資格の登録を町長に申請し、子ども医療費助成受給券(様式第2号)(以下「受給券」という。)の交付を受けなければならない。

2 前項の申請には、規則第2条第1項第5号に掲げる社会保険各法による被保険者証又は組合員証(以下「被保険者証等」という。)を町長に提示しなければならない。

(受給資格の登録事項)

第8条 前条の受給資格の登録事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 子どもの住所、氏名、性別、生年月日及び保護者名及び世帯構成
- (2) 子どもに係る被保険者証等の記載事項
- (3) その他町長が必要と認める事項

(受給券の交付)

第9条 町長は、第3条に規定する助成対象者から子ども医療費助成申請書の提出があり、資格要件に該当する場合は、受給券を交付するものとする。また、町長は、審査の結果、不相当と認めた場合は、子ども医療費助成申請却下通知書(様式第3号)により当該申請者にその旨を通知するものとする。

2 助成対象者から受給券を添えて子ども医療費助成受給券変更申請書(様式第4号)の提出があった場合は、受給券を変更交付するものとする。

3 助成対象者から受給券の紛失又は毀損若しくは汚損等の理由により子ども医療費助成受給券再交付申請書(様式第5号)の提出があった場合、受給券を再交付するものとする。

4 前項の申請の場合において、受給券を毀損又は汚損したことによるときは、当該受給券を添付しなければならない。

(受給券の有効期間、更新及び変更)

第10条 受給券の有効期間は、8月1日(最初に交付される受給券については、第7条第1項の申請書を受理した日の属する月の翌月1日)から同日以後最初に到来する7月31日(同日以前に

当該子どもが15歳に達する日が属する年度の3月31日が到来するときは、3月31日)までとする。

- 2 町長は毎年7月1日時点の子どもの属する世帯の町民税額を確認し、階層区分を再認定する。再認定の結果、階層区分を変更する場合は受給券を変更する。

(助成の方法)

第11条 町長は、助成対象者が保険医療機関において受給券と被保険者証を提示した場合には、保険医療機関の請求に基づき、助成対象者に代わり助成すべき額を当該保険医療機関等へ支払うものとする。

- 2 前項の規定による支払がなされた時は、助成対象者に対し助成を行ったものとみなす。
- 3 助成対象者が保険医療機関において一部負担金を支払った場合で、医療費の助成を受けるためには、助成対象者は子ども医療費助成金交付申請書(様式第6号)に町長が発行した受給券及び保険医療機関が発行する医療費計算書(様式第7号)又は領収書を添えて町長に申請しなければならない。
- 4 前項の申請は、当該子どもが受けた医療に関する医療費を支払った日の翌日から起算して2年以内に行わなければならない。

(助成金の交付)

第12条 町長は、前条第3項に基づき申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、適正と認めたものについては子ども医療費給付決定通知書(様式第8号)により、給付を不適当と認めたものについては子ども医療費給付申請却下通知書(様式第9号)により、その旨を当該申請人に通知しなければならない。

(助成の制限)

第13条 第6条の規定にかかわらず子どもの保険給付について、その原因が第三者行為によって生じたものであり、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部につき第三者から賠償等が行われるときは、その限りにおいて助成しないものとする。

(受給権の消滅)

第14条 受給券の交付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当することとなった翌日をもって、受給権は消滅する。

- (1) 死亡したとき
- (2) 第3条に規定する助成対象者でなくなったとき

(届出の義務)

第15条 助成対象者は、自己若しくは子どもについて、第8条の受給資格の登録内容に変更が生じた場合は、すみやかに子ども医療費助成資格登録変更届(様式第4号)を町長に提出しなければならない。登録事項の変更によって階層区分が生じる場合は、町長は階層の再認定を行い、再認定の翌月1日から有効な受給券に変更する。

2 助成対象者は、有効期間終了及び転出等の理由により受給資格を喪失した場合は、すみやかに子ども医療費助成受給券返納届(様式第10号)と受給券を町長に提出しなければならない。

(助成金の返還)

第16条 町長は、偽りその他不正な行為により第6条に定める助成を受けた者がいるときは、その者から当該助成額の全部又は一部を返還させることができる。

(関係簿冊)

第17条 町長は、子ども医療費助成の適正を期するため、子ども医療費助成台帳(様式第11号)を作成し、常に整理しておかなければならない。

(様式)

第18条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は次のとおりとする。

- (1) 子ども医療費助成申請書 様式第1号
- (2) 子ども医療費助成受給券 様式第2号
- (3) 子ども医療費助成申請却下通知書 様式第3号
- (4) 子ども医療費助成受給券変更申請書兼子ども医療費助成資格登録変更届 様式第4号
- (5) 子ども医療費助成受給券再交付申請書 様式第5号
- (6) 子ども医療費助成金交付申請書 様式第6号
- (7) 医療費計算書 様式第7号
- (8) 子ども医療費給付決定通知書 様式第8号
- (9) 子ども医療費給付申請却下通知書 様式第9号
- (10) 子ども医療費助成受給券返納届 様式第10号
- (11) 子ども医療費助成台帳 様式第11号

(補則)

第19条 この規則に定めるもののほか、必要事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の芝山町乳幼児医療費の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、平成15年4月1日(以下「適用日」という。)から適用する。
- 2 適用日の前日において入院していた者の医療については、改正後の規則の規定にかかわらず、その者が引き続き入院する間は、なお従前の例による。
- 3 改正後の規則の規定は、平成15年4月1日以後に乳幼児が受けた医療について適用し、同日前に乳幼児が受けた医療については、なお従前の例による。

附 則(平成18年規則第11号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の芝山町乳幼児医療費の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、平成18年8月1日から適用する。
- 2 改正後の規則の規定は、平成18年8月1日以後に乳幼児が受けた医療について適用し、同日前に乳幼児が受けた医療については、なお従前の例による。

附 則(平成19年規則第10号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の芝山町乳幼児医療の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、平成19年10月1日から適用する。
- 2 改正後の規則の規定は、平成19年10月1日以後に乳幼児が受けた医療について適用し、同日前に乳幼児が受けた医療については、なお従前の例による。

附 則(平成23年規則第1号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の芝山町子ども医療費の助成に関する規則の規定は、平成22年12月1日以後に子どもが受けた医療に要する経費について適用し、同日前に子どもが受けた医療に要する経費については、なお従前の例による。

附 則(平成24年規則第7号)

この規則は、平成24年7月9日から施行する。

附 則(平成24年規則第16号)

(施行期日)

1 この規則は、平成24年12月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の芝山町子ども医療費の助成に関する規則(以下「改正後規則」という。)の規定は、平成24年12月1日以後に行われる医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る助成については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際現に改正前の芝山町子ども医療費に関する規則第7条第1項の規定により交付を受けた受給券は、改正後規則第7条第1項の規定により交付を受けた受給券とみなす。

(準備行為)

4 改正後規則に係る助成資格の申請、助成の決定、受給券の交付その他この規則を施行するために必要な行為は、この規則の施行前においても行うことができる。

附 則(平成28年規則第15号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

別表(第6条第1項)

階層区分	世帯区分	負担基準額
		入院1日及び通院1回
A	生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯であって、医療扶助単一給付のものであり自己負担のある場合	0円
B	町民税非課税世帯	0円
C	町民税所得割非課税世帯であって、町民税均等割りのみ課税世帯	0円
D	町民税所得割課税世帯	200円

(注)

階層区分の認定は、毎年7月1日時点の町民税の課税状況で認定する。

同日に入院又は通院が重複する場合は、それぞれを1日又は1回として、自己負担額を算定する。

様式第1号(第7条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 —		
	フリガナ			電話番号
	氏名	(子どもとの続柄) ㊟		— —

次の子どもについて、芝山町子ども医療費の助成を申請します。
 なお、高額療養費について芝山町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を私が芝山町へ支払います。
 また、家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を私が芝山町へ支払います。

子ども	住所	〒 —		
	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
加入	保険者名			
	保険者番号	1 国民健康保険		2 その他
	保健種別 (該当するものに○)			
療保	被保険者、 組合員又は 世帯主	氏名		
	子ども	資格取得年 月 日		
険	記号番号	記号	番号	

同意書

本制度を利用する間、子ども医療費の助成対象要件の確認及び助成金の算定に必要な私の世帯の市町村民税課税状況について、芝山町が保有する申請者等の個人情報を、公簿により確認することに同意します。

氏名 ㊟

(添付書類)1. 子どもの被保険者証(写)

市町村処理欄

処理番号 交代番号

様式第2号(第7条関係)

(表)

子ども医療費助成受給券		
公費負担者番号		
受給者番号		
子ども	住所	〒
	氏名	
	生年月日	年 月 日 生
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
自己負担金	通院	
	入院	
	保険調剤	
千葉県 芝山町長 印		

(裏)

注 意 事 項

1. 受診の際は、この受給券と被保険者証を医療機関(保険調剤薬局、接骨院等を含む。)に必ず提示してください。
2. 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後にお住まいの市町村窓口で償還の手続きをしてください。後日、市町村より助成額をお支払いいたします。
3. 町の国民健康保険以外の医療保険に加入している方で、1ヶ月に自己負担額が{80,100円+(総医療費-267,000円)×1%}を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
4. 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
5. 次のような変更があった場合は、速やかに市町村窓口へ届け出てください。
 - (1) 子どもが芝山町外へ転出するとき。(受給券を添付)
→転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険が変更したとき。(受給券と新しい保険証を添付)
 - (3) 住所が変更したとき。(受給券を添付)
 - (4) 氏名が変更したとき。(受給券を添付)
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(受給券と変更事項を証明する書類を添付)
6. 有効期間が過ぎた場合は、本券を返却してください。
7. 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市町村による過払いが生じた場合には、後日、市町村より返還請求をさせていただきます。
8. お問い合わせ先
芝山町 福祉保健課 子育て支援係
千葉県山武郡芝山町小池992
電話

様式第3号(第9条関係)

第 号
年 月 日

様

芝山町長

子ども医療費助成申請却下通知書

年 月 日付けで申請された、芝山町子ども医療費の助成に関する規測による子ども医療費助成申請については、下記の理由により却下したので通知します。

記

却下理由

(教示)

この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3ヶ月以内に芝山町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えは、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して(審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して)6ヶ月以内に、芝山町を被告として(芝山町長が被告の代表者となります。)、提起することができます。

様式第4号(第9条、第15条関係)

子ども医療費助成受給券変更申請書

子ども医療費助成資格登録変更届

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 —	
	電話	— —	
	氏名	Ⓜ (子どもとの続柄)	

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

保護者氏名	住所	〒		
	フリガナ氏名		電話番号	—
子ども	住所	〒		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		
	支店名	本店・支店	普通口座	
	口座番号			
	(カタカナ)口座名義人			
加入	保険者名			
	保険者番号			
医療	保健種別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他の国保組合 5. その他		
	被保険者名			
保険	記号番号	記号	番号	
	資格取得年月日	年 月 日		

注)変更があった事項のみ記入してください。

様式第5号(第9条関係)

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 —
	電話	— —
	氏名	(子どもとの続柄) ㊟

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

記

受給者番号						
子 ど も	ふりがな	-----				
	氏名					
	住所	〒	—			
	生年月日	年 月 日				
加 入 医 療 保 険	保険者名					
	保険者番号					
	保健種別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他の国保組合 5. その他				
	被保険者名					
	記号番号	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 日				
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・毀損 3 その他()					
備考						

様式第6号(第11条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

芝山町長 様

(〒)
住 所
電話番号
氏 名



子ども医療費の助成を受けたいので、芝山町子ども医療費の助成に関する規則第11条第3項の規定に基づき申請します。

子ども氏名			
受給者番号			
加入医療保険	名 称		
	記号・番号		
	附加給付	無・有	
振込口座	自己負担限度額	円	円未満切捨て
		銀行	支店
	普通預金No.		
	ふりがな		
	氏 名		

様式第7号(第11条関係)

医療費計算書

年 月 日

所在地
医療機関 名称
代表者氏名

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名								
受給者番号								
通院日	医療費 総額 ①	社会保険 等負担額 ②	一部負担金 (①-②) ③	食事療養費 標準負担額 ④	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	④のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	食事 日数	
日	円	円	円	/	円	/	/	
日								
日								
日								
日								
日								
入院期間 日～日	円	円	円	円	円	円		

様式第8号(第12条関係)

第 号
年 月 日

様

芝山町長

子ども医療費給付決定通知書

下記のとおり子ども医療費の給付が決定しました。

支払については、下記の通りあなたに御指定いただいた預金口座に振り込みましたので通知します。

なお、給付額が変更決定された場合は、返還していただくことがありますので御了承下さい。

記

1. 給付額
2. 振込み預金口座
3. 医療機関名
4. 診療年月

(教示)

この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3ヶ月以内に芝山町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えは、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して(審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して)6ヶ月以内に、芝山町を被告として(芝山町長が被告の代表者となります。)、提起することができます。

様式第9号(第12条関係)

第 号
年 月 日

様

芝山町長

子ども医療費給付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった子ども医療費給付申請については、下記の理由により却下したので、通知します。

記

却下理由

(教示)

この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3ヶ月以内に芝山町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えは、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して(審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して)6ヶ月以内に、芝山町を被告として(芝山町長が被告の代表者となります。)、提起することができます。

様式第10号(第15条関係)

子ども医療費助成受給券返納届

年 月 日

芝山町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 —
	電話	— —
	氏名	(子どもとの続柄) (印)

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券を返納します。

記

受給者番号						
子 ど も	ふりがな					
	氏名					
	住所	〒 —				
	生年月日	年 月 日				
返納の理由	該当する項目に○をしてください。 1 有効期間終了 2 転出(転出先) 3 死亡 4 その他()					
備考						

様式第11号(第17条関係)

子ども医療費助成台帳

受給者番号						
子ども	ふりがな					
	氏名					
	住所	〒 ー				
	生年月日	年 月 日				
保護者	ふりがな					
	氏名					
	住所	〒 ー				
	子どもとの続柄					
世帯階層区分						
世帯構成		氏名	続柄		氏名	続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
	4			8		
加入医療保険	保険者名					
	保険者番号					
	保健種別					
	被保険者名					
	記号番号	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 日				
受給券交付の経緯						
	申請年月日	受給券交付年月日	有効期間	交付事由		
	備考					

様式第1号(第7条関係)

様式第2号(第7条関係)

様式第3号(第9条関係)

様式第4号(第9条、第15条関係)

様式第5号(第9条関係)

様式第6号(第11条関係)

様式第7号(第11条関係)

様式第8号(第12条関係)

様式第9号(第12条関係)

様式第10号(第15条関係)

様式第11号(第17条関係)