

○足利市子ども医療費助成条例施行規則

昭和47年3月30日

規則第6号

改正 昭和47年10月7日規則第37号

昭和59年12月20日規則第25号

昭和62年3月23日規則第2号

平成3年3月25日規則第11号

平成6年12月21日規則第50号

平成8年3月25日規則第7号

平成9年10月30日規則第36号

平成13年3月23日規則第9号

平成14年9月30日規則第57号

平成16年3月24日規則第24号

平成17年3月25日規則第27号

平成18年3月27日規則第11号

平成19年3月26日規則第25号

平成22年3月25日規則第8号

平成25年3月25日規則第7号

平成27年3月31日規則第25号

(目的)

第1条 この規則は、足利市子ども医療費助成条例(昭和47年足利市条例第3号。以下「条例」という。)の施行に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(受給資格の登録)

第2条 条例第3条の規定による子ども医療費受給資格証の交付を受けようとする者は、子ども医療費受給資格登録申請書(別記様式第1号)を市長に提出して、受給資格の登録を受けなければならない。

(平22規則8・一部改正)

(受給資格証の交付)

第3条 市長は、前条の規定により登録した者（以下「受給資格者」という。）  
に対し、こども医療費受給資格証（別記様式第2号。以下「受給資格証」とい  
う。）を交付するものとする。

2 受給資格証を破損し、又は亡失したときは、こども医療費受給資格証再交付  
申請書（別記様式第3号）を市長に提出し、再交付を受けなければならない。

（平25規則7・平27規則25・一部改正）

（受給資格証の提示）

第4条 受給資格者は、対象のこどもについて、医療を受けるときは、医療機関  
等に受給資格証を提示するものとする。

（助成の申請）

第5条 条例第4条及び第5条の規定による申請は、こども医療費助成申請書（別  
記様式第4号）を市長に提出することにより行うものとする。

2 前項の申請方法は、郵送又は市の窓口への持参のいずれかによるものとする。

（助成の決定）

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、当該申請に係  
る助成の額を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

（平22規則8・一部改正）

（届出事項）

第7条 受給資格者は、自己又は対象のこどもについて住所の変更又は加入保険  
の変更があったときは、こども医療費受給資格内容等変更届（別記様式第5号）  
を速やかに市長に提出しなければならない。

（受給資格証の返還）

第8条 受給資格者は、その資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を市長  
に返還しなければならない。

附 則

この規則は、昭和47年4月1日から施行する。

附 則（昭和47年10月7日規則第37号）

1 この規則は、公布の日から施行する。

- 2 この規則施行の際、改正前の規定により作成された帳票は、当分の間、改正後の規則による帳票として使用することができる。

附 則（昭和59年12月20日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（昭和62年3月23日規則第2号）

この規則は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則（平成3年3月25日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成6年12月21日規則第50号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成8年3月25日規則第7号）

この規則は、平成8年4月1日から施行する。

附 則（平成9年10月30日規則第36号）

この規則は、公布の日から施行する。

ただし、第5条に1項を加える改正規定は、平成9年11月1日から施行する。

附 則（平成13年3月23日規則第9号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。

附 則（平成14年9月30日規則第57号）

- 1 この規則は、平成14年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、改正前の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で現に残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定による帳票類として使用することができる。

附 則（平成16年3月24日規則第24号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際に、改正前の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で現に残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定による帳票類

として使用することができる。

附 則（平成17年 3 月25日規則第27号）

- 1 この規則は、平成17年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、改正前の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で現に残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定による帳票類として使用することができる。

附 則（平成18年 3 月27日規則第11号）

- 1 この規則は、平成18年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、改正前の足利市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で現に残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後の足利市子ども医療費助成条例施行規則の規定による帳票類として使用することができる。

附 則（平成19年 3 月26日規則第25号）

- 1 この規則は、平成19年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、改正前の足利市子ども医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で現に残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後の足利市子ども医療費助成条例施行規則の規定による帳票類として使用することができる。

附 則（平成22年 3 月25日規則第 8 号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、平成22年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 3 この規則の施行の際現に改正前の足利市子ども医療費助成条例施行規則、足利市重度心身障害者医療費助成条例施行規則、足利市妊産婦医療費助成条例施行規則及び足利市ひとり親家庭医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後のそれぞれの規則の規定による帳票類とみなして使用することができる。

附 則（平成25年 3 月25日規則第 7 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成25年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際現に改正前の足利市子ども医療費助成条例施行規則、足利市重度心身障害者医療費助成条例施行規則、足利市妊産婦医療費助成条例施行規則及び足利市ひとり親家庭医療費助成条例施行規則の規定により作成された帳票類で残存するものについては、当分の間、所要の調整をし、改正後のそれぞれの規則の規定による帳票類として使用することができる。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の足利市子ども医療費助成条例施行規則及び足利市妊産婦医療費助成条例施行規則並びに足利市重度心身障害者医療費助成条例施行規則及び足利市ひとり親家庭医療費助成条例施行規則の規定により交付された受給資格証及び受給資格者証については、当該受給資格証及び受給資格者証の有効期間が満了するまでの間は、改正後のそれぞれの規則の規定により交付された受給資格証及び受給資格者証とみなす。

附 則（平成27年 3 月31日規則第25号）

- 1 この規則は、平成27年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則による改正前の第 3 条の規定により交付されている子ども医療費受給資格証（未就学児以外の対象の子どもに係るものに限る。）でこの規則の施行の際現に効力を有するものは、改正後の第 3 条の規定により交付された子ども医療費受給資格証とみなす。

別記様式第1号(第2条関係)

## こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

足利市長 宛て

住 所 足利市 \_\_\_\_\_  
 申請者(保護者) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (TEL \_\_\_\_\_)

次のとおり申請します。  
 なお、本登録申請及び医療費助成申請を審査するにあたり、課税状況等を閲覧することに同意します。

|  |                      |                      |       |              |      |        |             |
|--|----------------------|----------------------|-------|--------------|------|--------|-------------|
| 対象の<br>こども                                     | フリガナ<br>氏 名          |                      | 生年月日  | 平成 年 月 日     |      |        |             |
| 途中資格取得の<br>理由及び年月日                             |                      | 年 月 日 転入・保険加入・その他( ) |       |              |      |        |             |
| 加入<br>保<br>険                                   | 保険者名称<br>(保険者番号)     |                      | 記号番号  | 被保険者氏名       | 保険種別 |        |             |
|  |                      |                      |       |              | 国 保  | 社<br>保 |             |
|  |                      |                      |       |              | 一 般  |        | 退 職         |
| 加入年月日  |                      | . . . ~              |       |              |      |        |             |
| 他<br>の<br>こ<br>ど<br>も<br>医<br>療<br>対<br>象<br>者 | 氏 名                  |                      | 生年月日  | 氏 名          |      | 生年月日   |             |
|  |                      |                      | 年 月 日 |              |      | 年 月 日  |             |
|  |                      |                      | 年 月 日 |              |      | 年 月 日  |             |
| 振<br>込<br>先                                    | 銀行<br>信金<br>信組<br>農協 | 本店                   |       | 金融機関コード      |      | —      |             |
|  |                      | 支店                   |       | 種別           | 口座番号 |        | 口座名義人(カタカナ) |
|  |                      | 出張所<br>支所            |       | 1 普通<br>2 当座 |      |        |             |

|     |        |  |  |     |       |
|-----|--------|--|--|-----|-------|
| 受付者 |        |  |  | 受 付 | 年 月 日 |
|     | 決<br>裁 |  |  | 決 裁 | 年 月 日 |
|     |        |  |  | 処 理 | 年 月 日 |

(表)  
子ども医療費受給資格証

|   |                       |         |  |   |  |   |  |   |    |
|---|-----------------------|---------|--|---|--|---|--|---|----|
| 公 費 番 号   |                       |         |  |   |  |   |  |   |    |
| 受 給 者 番 号   |                       |         |  |   |  |   |  |   |    |
| 受給資格者   | 氏 名                   |         |  |   |  |   |  |   |    |
|   | 住 所                   | 足利市     |  |   |  |   |  |   |    |
| 子ども   | 氏 名                   |         |  |   |  |   |  |   |    |
|   | 生 年 月 日               |         |  | 年 |  | 月 |  | 日 |    |
| 加入保険  | 世帯主又は被保険者氏名           |         |  |   |  |   |  |   |    |
|   | 保険証記号番号               |         |  |   |  |   |  |   |    |
|   | 保 険 者 名               |         |  |   |  |   |  |   |    |
| 受給対象  | 県内医療機関のみ現物給付（県外は償還払い） | 未 就 学 児 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | から |
|   | 償還払い                  | 小学生以上   |  | 年 |  | 月 |  | 日 | から |
| 年 月 日<br>栃木県<br>足利市長 <span style="float: right;">印</span> |                       |         |  |   |  |   |  |   |    |

(裏)

|  |
|--|
| 注 意 事 項  |
| 1 この証は、足利市子ども医療費助成条例により助成を受けることのできる証ですから、大切に保持してください。<br>2 この証は、保険診療のみに適用されるので、未就学児については、栃木県内の医療機関等で診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等の窓口に表示してください。<br>※未就学児：満6歳に達する日以後の最初の3月31日までのお子さまをいいます。<br>3 県外の医療機関等を受診した場合や就学後の受診の場合には、次のいずれかの方法で助成申請書を市役所へ提出してください。<br>(1) 医療機関等の窓口はこの証を提示し、助成申請書に点数等の記入の証明を受ける。<br>(2) 医療機関等の保険診療点数等の記載のある領収証を添付する。<br>4 次の事由が生じたときは、必ず届出をしてください。<br>(1) 住所、氏名、加入保険等に変更があったとき。<br>(2) 受給資格者が生活保護法による保護を受けることになったとき。<br>(3) 受給資格証を破損し、又は紛失したとき。<br>(4) 死亡、転出その他の理由により受給資格を失ったとき。<br>5 助成金の申請の際は、必ずこの証と印鑑を持参してください。<br>6 助成申請をすることができるのは、保険給付を受けた日の属する月（医療機関等にかかった月）の翌月の初日から1年間です。 |

別記様式第3号(第3条関係)

こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

足利市長 宛て

住 所 足利市 \_\_\_\_\_  
申請者(受給資格者)  
氏 名 \_\_\_\_\_  
(TEL \_\_\_\_\_ )

医療費受給資格証を 破損 したので再交付されるよう申請します。  
亡失

|       |         |  |         |  |
|-------|---------|--|---------|--|
| 受給対象者 | ( . . ) |  | ( . . ) |  |
|       | ( . . ) |  | ( . . ) |  |
| 加入保険  | 被保険者    |  | 記号番号    |  |
|       | 保険者     |  | 保険者番号   |  |

|     |    |  |  |  |    |       |
|-----|----|--|--|--|----|-------|
| 受付者 | 決裁 |  |  |  | 受付 | 年 月 日 |
|     |    |  |  |  | 決裁 | 年 月 日 |
|     |    |  |  |  | 処理 | 年 月 日 |

別記様式第4号(第5条関係)

## こども医療費助成申請書

|                         |      |                                      |  |          |       |       |  |       |  |
|-------------------------|------|--------------------------------------|--|----------|-------|-------|--|-------|--|
| <b>申請者記入欄</b>           |      | 太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。                  |  |          |       |       |  |       |  |
| 足利市長 宛て                 |      | 受給資格者 住所 足利市<br>(申請者)                |  |          |       |       |  | 年 月 日 |  |
|                         |      | 氏 名                                  |  |          |       |       |  | ㊟     |  |
|                         |      | 電 話                                  |  |          |       |       |  |       |  |
| 受給者番号                   |      | ※<br>加入保険<br><br>※変更のある方は、別途届出が必要です。 |  | 被保険者氏名   |       |       |  |       |  |
| 受診者                     | 氏 名  |                                      |  | 保険証記号・番号 |       |       |  |       |  |
|                         | 生年月日 |                                      |  | 年 月 日    | 保 険 者 | 番 号   |  |       |  |
| 振 込 先                   |      | 変更なし                                 | ※振込先を変更する場合は、変更届が必要になります。受給資格証・受給資格者の通帳・認印 |          |       |       |  |       |  |
|                         |      | 変更あり                                 | をご持参の上、手続きをしてください。                         |          |       |       |  |       |  |
| 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無 |      |                                      |  |          |       | 有 ・ 無 |  |       |  |

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。  
 ※加入保険・振込先に変更がある方は届け出をしてください。

|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  |                       |     |
|-----------------|-----------|---|---------------------------------|-----|--------------|---------------|--|--|-----------------------|-----|
| <b>医療機関等記入欄</b> |           | 太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。<br>点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線で引いてください。 |                                 |     |              |               |  |  |                       |     |
| 保 険 診 療 証 明 書   |           |   |                                 |     |              |               |  |  |                       |     |
| 保険種類            | 国保・社保・その他 | 自己負担割合 1・2・3 割                                    |                                 |     | 特定疾病療養受療証の有無 |               |  |  |                       | 有・無 |
| 診療年月            |           | 保 険 診 療 合 計 点 数                                   |                                 |     |              | 他法負担点数 (公費番号) |  |  | 備 考<br>(診療科、自己負担限度額等) |     |
| 年               | 月         | 入院日数  | 入院点数<br>※限度額適用認定証<br>(アイウエオ多数回) |     | 外 来 点 数      |               |  |  |                       |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
|                 |           |   |                                 |     |              |               |  |  | ( )                   |     |
| 年 月 日           |           | 医療機関等   |                                 | 所在地 |              |               |  |  |                       |     |
|                 |           |   |                                 | 名 称 |              |               |  |  |                       |     |
|                 |           |   |                                 | 氏 名 |              |               |  |  |                       |     |
|                 |           |   |                                 | ㊟   |              |               |  |  |                       |     |

|      |          |         |             |           |           |               |         |        |
|------|----------|---------|-------------|-----------|-----------|---------------|---------|--------|
| 助成内容 | 保険診療合計金額 | 一 部 負担額 | 控 除 額 の 内 訳 |           |           |               |         | 医療費助成額 |
|      |          |         | 他 法 負担額     | 高 額 療 養 費 | 付 加 給 付 額 | 自 己 負 担 控 除 額 | 控 除 額 計 |        |
|      | 円        | 円       | 円           | 円         | 円         | 円             | 円       |        |

別記様式第5号（第7条関係）

こども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

足 利 市 長 宛て

資格者番号 \_\_\_\_\_

届出者(受給資格者) 住 所 足利市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_  
(TEL \_\_\_\_\_ )

下記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。

| 変<br>更<br>事<br>項 | 変 更 事 由<br><small>いずれかに○をつけて下さい</small> |           | 住所・氏名・保険<br>その他 ( ) |        | 変更年月日     | 年 月 日 | 資格証<br>処 理 |
|------------------|---|-----------|---------------------|--------|-----------|-------|------------|
|                  | 新                                       |           |                     | 旧      |           |       |            |
| 該<br>当<br>者      | 住所                                      | 足利市       |                     | 住所     | 足利市       |       |            |
|                  |   | ( . . . ) |                     |        | ( . . . ) |       | 未・済        |
|                  |   | ( . . . ) |                     |        | ( . . . ) |       | 未・済        |
|                  |   | ( . . . ) |                     |        | ( . . . ) |       | 未・済        |
| 加<br>入<br>保<br>険 | 被保険者氏名                                  |           |                     | 被保険者氏名 |           |       |            |
|                  | 記号番号                                    |           |                     | 記号番号   |           |       |            |
|                  | 保険者                                     |           |                     | 保険者    |           |       |            |
|                  | 保険者番号                                   |           |                     |        |           |       |            |
| 備 考              |   |           |                     |        |           |       |            |

|     |        |  |  |  |     |       |
|-----|--------|--|--|--|-----|-------|
| 受付者 | 決<br>裁 |  |  |  | 受 付 | 年 月 日 |
|     |        |  |  |  | 決 裁 | 年 月 日 |
|     |        |  |  |  | 処 理 | 年 月 日 |

別記様式第1号（第2条関係）

（平25規則7・全改）

別記様式第2号（第3条関係）

（平27規則25・全改）

別記様式第3号（第3条関係）

（平22規則8・平25規則7・一部改正）

別記様式第4号（第5条関係）

（平25規則7・全改、平27規則25・一部改正）

別記様式第5号（第7条関係）

（平25規則7・全改）