

○印南町保健福祉医療費の支給に関する条例施行規則

平成7年3月30日

規則第2号

改正 平成14年6月18日規則第29号

平成14年10月1日規則第33号

平成18年7月14日規則第15号

平成18年8月22日規則第16号

平成19年8月3日規則第15号

平成22年3月19日規則第7号

平成22年3月26日規則第8号

平成27年3月27日規則第6号

令和元年7月26日規則第5号

令和4年2月21日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、印南町保健福祉医療費の支給に関する条例（平成7年条例第7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。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める社会保険各法は、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(老人)

第3条 条例第2条第1号に規定する規則で定める要件は次のとおりとする。

- (1) 老人及びその者と同一の世帯に属する者（以下これらを「世帯員」という。）が市町村民税を課されていないとき。
- (2) 世帯員の前年の収入金額の合計額が100万円（世帯員の数が2人以上である場合にあっては、100万円に世帯員のうち1人を除いた世帯員1人につき40万円を加算した金額）を超えないとき。
- (3) 老人の金融資産が350万円を超えないとき、かつ、世帯員の金融資産の合計額が350万円に世帯員の数に乗じて得た額を超えないとき。
- (4) 世帯員が活用できる資産を有していないとき。

（ひとり親家庭）

第4条 条例第2条第4号に規定する規則で定めるものは、配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。以下同じ。）と死別した男子又は女子であって、現に婚姻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。以下同じ。）をしていないもの及びこれに準ずる次に掲げる男子又は女子をいう。

- (1) 離婚した男子又は女子であって現に婚姻をしていないもの
- (2) 配偶者の生死が明らかでない男子又は女子
- (3) 配偶者が精神又は身体の障害により、長期にわたって労働能力を失っている男子又は女子
- (4) 配偶者から遺棄されている男子又は女子
- (5) 配偶者が法令により引き続き1年以上拘禁されているため、その扶養を受けることができない男子又は女子
- (6) 婚姻によらないで母又は父となった男子又は女子であって、現に婚姻をしていないもの
- (7) 配偶者のない男子又は女子以外の者に扶養されている児童であって、父母のないもの

(8) 配偶者が配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律

(平成13年法律第31号。以下「DV防止法」という。)第10条第1項の規定による保護命令を受けている男子又は女子であつて、当該命令の申立てを行ったもの

2 条例第2条第4号に規定する支給対象者等の前年の所得の額が児童扶養手当法施行令(昭和36年政令第405号)第2条の4第2項に規定する額を超えるとき(1月1日から10月末までの間に新たに支給対象者となった場合は前々年の所得とする。)は、その年の11月から翌年の10月までの間は適用しない。

(重度心身障害者(児))

第5条 条例第2条第3号に規定する支給対象者等の前年の所得の額が特別児童扶養手当等の支給に関する法律第6条に規定する政令で定める額を超える時、対象者等の配偶者及び生計を一にする扶養義務者の前年の所得が特別児童扶養手当等の支給に関する法律第7条に規定する政令で定める額を超えるとき(1月1日から7月末までの間に新たに支給対象者となった場合は前々年の所得とする。)はその年の8月から翌年の7月までの間は適用しない。

(受給資格登録申請)

第6条 条例第4条の規定による受給資格登録申請書は、次の様式によるものとする。

(1) 条例第2条第1号に規定する支給対象者(老人)に該当するものは、様式第1号とする。

(2) 条例第2条第2号に規定する支給対象者(乳幼児)に該当するものは、様式第2号並びに様式第2号その1、その2及びその3とする。

(3) 条例第2条第3号に規定する支給対象者(重度心身障害者(児))に該当するものは、様式第3号及び様式第3号その1とする。

- (4) 条例第2条第4号に規定する支給対象者（ひとり親家庭）に該当するものは、様式第4号並びに様式第4号その1、その2及びその3とする。
- (5) 条例第2条第5号に規定する支給対象者（妊婦）に該当するものは、様式第5号とする。
- (6) 条例第2条第6号に規定する支給対象者（特別医療）に該当するものは、様式第6号とする。

（医療証の交付）

第7条 町長は、受給資格登録申請書を受理し、申請者が、条例第2条各号のいずれかに該当するものと認めたときは、条例第6条第1項の規定により、医療証を交付するものとする。

2 条例第6条第2項の規則で定める医療証の有効期間は、次のとおりとする。

- (1) 老人（毎年8月1日から翌年7月31日までとし、毎年度更新するものとする。ただし、年度の途中で受給資格を取得する者にあつては、医療証の発行する月の初めからとし、年度の途中で受給資格を欠く者にあつては、受給資格要件を欠くに至った日の属する月の末日までとする。）
- (2) 乳幼児（受給資格要件を満たした日から6歳に達する日以後の最初の3月31日まで）
- (3) 重度心身障害者（児）（毎年8月1日から翌年7月31日までとし、毎年度更新するものとする。ただし、年度の途中で受給資格を取得する者にあつては、医療証の発行する月の初めからとし、年度の途中で受給資格を欠く者にあつては、受給資格要件を欠くに至った日の属する月の末日までとする。）
- (4) ひとり親家庭（毎年11月1日から翌年10月31日までとし、毎年度更新するものとする。ただし、年度の途中で受給資格を取得する者にあつては、前条第4号の規定による申請のあった日からとし、年度の途中で受給資格を欠く者にあつては、受給資格要件を欠くに至った日までとす

る。)

(5) 妊婦（妊娠届受理日より出産完了日まで）

(6) 特別（町長が認定した日から3箇月間）

3 前項第4号の規定に関わらず、第4条第1項第8号に定める男子又は女子が新たに申請する時の当該医療費助成の有効期間は、当該男子又は女子の申立てにより発せられたDV防止法第10条第1項の規定による命令（以下「保護命令」という。）の期限が10月31日以前に到来する場合は保護命令の期限まで、同期限が11月1日以降に到来する場合は10月31日までとする。

4 条例第6条第1項に規定する医療証は、次の様式によるものとする。

(1) 条例第2条第1号に規定する支給対象者（老人）は、様式第9号とする。

(2) 条例第2条第2号に規定する支給対象者（乳幼児）は、様式第10号とする。

(3) 条例第2条第3号に規定する支給対象者（重度心身障害者（児））は、様式第11号とする。

(4) 条例第2条第4号に規定する支給対象者（ひとり親家庭）は、様式第12号とする。

(5) 条例第2条第5号に規定する支給対象者（妊婦）は、様式第13号とする。

(6) 条例第2条第6号に規定する支給対象者（特別医療）は、様式第14号とする。

（支給の申請）

第8条 条例第7条第1項に規定する支給の申請は、医療証の提示を行い、医療費支給申請書に医療機関等の発する領収書等を添えて行う。

2 前項に規定する医療費支給申請書は、次の様式によるものとする。

- (1) 条例第2条第1号に規定する支給対象者（老人）は、様式第15号とする。
- (2) 条例第2条第2号に規定する支給対象者（乳幼児）は、様式第16号とする。
- (3) 条例第2条第3号に規定する支給対象者（重度心身障害者（児））は、様式第17号とする。
- (4) 条例第2条第4号に規定する支給対象者（ひとり親家庭）は、様式第18号とする。
- (5) 条例第2条第5号に規定する支給対象者（妊婦）は、様式第19号とする。
- (6) 条例第2条第6号に規定する支給対象者（特別医療）は、様式第20号とする。

（支給の決定）

第9条 町長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請書に係る支給額を決定し、申請者に通知するものとする。

（医療証の再交付）

第10条 支給対象者は、医療証を破損し、又は失ったときは、町長に再交付を受けることができる。

（医療証の返還）

第11条 支給対象者は、その資格を喪失したときは、速やかにその医療証を町長に返還しなければならない。

附 則

- 1 この規則は、平成7年4月1日から施行する。
- 2 次に掲げる規則は、廃止する。

- (1) 印南町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則（昭和48年規則第4号）

(2) 印南町母子家庭医療費の支給に関する条例施行規則（昭和 5 2 年規則第 8 号）

(3) 印南町老人医療費給付条例施行規則（昭和 6 0 年規則第 8 号）

(4) 印南町重度心身障害児（者）医療費支給条例施行規則（昭和 5 1 年規則第 5 号）

附 則（平成 1 4 年規則第 2 9 号）

この規則は、平成 1 4 年 8 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 4 年規則第 3 3 号）

この規則は、公布の日から施行し、平成 1 4 年 8 月 1 日から適用する。

附 則（平成 1 8 年規則第 1 5 号）

この規則は、平成 1 8 年 8 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 8 年規則第 1 6 号）

この規則は、平成 1 8 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 9 年規則第 1 5 号）

この規則は、公布の日から施行し、平成 1 9 年 8 月 1 日から適用する。

附 則（平成 2 2 年規則第 7 号）

この規則は、平成 2 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 2 年規則第 8 号）

この規則は、平成 2 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 7 年規則第 6 号）

この規則は、平成 2 7 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和元年規則第 5 号）

この規則は、令和元年 8 月 1 日から施行する。

附 則（令和 4 年規則第 4 号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

老人医療受給者証申請書

年 月 日

印南町長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり老人医療受給者証の交付を申請します。

受 給 者	ふりがな 氏 名					
	生年月日	年 月 日				
世 帯 員	氏 名		生年月日		続 柄	
	氏 名		生年月日		続 柄	
	氏 名		生年月日		続 柄	
加 入 医 療 保険の種類						
申 請 理 由	☐経済的に低位にある ☐特別な事情 具体的に記入 して下さい					

本申告に虚偽があった場合は、印南町老人医療受給資格を取り消されても異議はありません。その場合は、補助を受けた医療費等は全額返還します。

なお、老人医療受給資格について必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき印南町が官公署に調査を委託し、又は銀行、信託会社その他関係機関に報告を求めることを同意します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印南町長 様

※ 裏面の収入等申告書も必ず記入してください。

収 入 等 申 告 書

次のとおり私の世帯の収入等を報告します。

1 世帯の収入状況

氏 名	収 入 の 種 類	収 入 年 額
		円
		円
		円

2 世帯の金融資産状況

預貯金	☐ 有 ☐ 無	名 義	預 け 入 れ 先	預け入れ金額
			[支店]	円
			[支店]	円
			[支店]	円
国債・株式等	☐ 有 ☐ 無	名 義	種 類	額 面 金 額
				円
				円
				円
その他の金融資産	☐ 有 ☐ 無	名 義	種 類	金 額
				円
				円
				円

3 世帯のその他の資産所有状況

- ☐ 自分が住んでいる土地・家屋を所有している。
☐ その他の不動産等(動産を含む)を所有している。

名 義	種 類	面 積	所 在 地	活用状況

- ☐ 所有していない。

4 申請者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
☐ 扶養親族となっている。
☐ 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
☐ 被扶養者となっている。
☐ 被扶養者となっていない。

様式第2号(第6条関係)

印南町乳幼児医療費受給資格登録(更新)申請書				
年 月 日				
印南町長 様				
申請者 住所 印南町大字				
(保護者) 氏名				
電話番号				
受給資格者 (保護者)	フリガナ		性 別	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所			
対象の乳幼児	フリガナ		性 別	
	氏 名		生 年 月 日	
	住 所		続 柄	
加入保険	被保険者又は 組合員氏名			
	記 号 番 号			
	保 険 者			
	所 在 地			
	付 加 給 付 の 状 況			
同 意 書				
登録の決定に際して、印南町長が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。				
印南町長 様				
受給資格者 氏 名				

様式第2号(第6条関係)その1

印南町乳幼児医療費受給資格証再交付申請書						
年 月 日						
印南町長 様						
申請者 住所 印南町大字						
(保護者) 氏名						
破 損 乳幼児医療費受給資格証を したので下記のとおり再交付を申請します。 紛 失						
受給資格者	氏 名					
	住 所	日高郡印南町大字				
加入保険	被 保 険 者					
	記 号 番 号					
	保 険 者					
	付 加 給 付	有 ・ 無				
対象の乳幼児	氏名	続柄	性別	生年月日	受給者番号	

様式第2号(第6条関係)その2

印南町乳幼児医療に関する資格内容変更届					
年 月 日					
印南町長 様					
届出人 住所 印南町大字					
(保護者) 氏名					
下記のとお り 住 所 氏 名 を変更しましたのでお届けします。					
加 入 保 険					
異 動 年 月 日		年 月 日			
受給資格者氏名	旧				
	新				
対 象 の乳幼児氏名	旧				
	新				
住 所	旧	日高郡印南町大字			
	新	日高郡印南町大字			
加 入 保 険	旧	被保険者		記号番号	
		保 険 者		付加給付	有 ・ 無
	新	被保険者		記号番号	
		保 険 者		付加給付	有 ・ 無

様式第2号(第6条関係)その3

印南町乳幼児医療費受給資格喪失届					
年 月 日					
印南町長 様					
届出人 住所 印南町大字					
(保護者) 氏名					
年 月 日、()により資格を喪失しましたのでお届けします。					
受給資格者	氏 名				
	住 所				
加入保険	被 保 険 者				
	記 号 番 号				
	保 険 者				
	付 加 給 付	有 ・ 無			
対象の乳幼児	氏名	続柄	性別	生年月日	受給者番号

様式第3号 (第6条関係)

重度心身障害児者医療費受給者証 { 交付
更新 } 申請書

負担者番号	8	0	3	0	0	3	7	9
受給者番号								

受給者	ふりがな			居住地 (住所) 印南町大字				
	氏名							
	生年月日	年	月					日生
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	住所		番地			
	保険種別	政・組・船・共・国	被保険者証の記号番号	附加給付の有・無		有・無		
	被保険者証発行機関名	所在地						
受給者証交付申請事由		①障害の程度 (身体障害者手帳 級 A 級) ②転入してきたため (特別児童扶養手当) ③保険に新たに加入したため ④その他 () (交付事由発生年月日 年 月 日)						
※ 審査								
上記のとおり、重度心身障害児者医療費受給者証の交付申請いたします。 年 月 日 印南町長 様 申請者 住所 印南町大字 番地 氏 名								

○ ※印の欄は、記入しないでください。
私及び私の世帯員の所得状況の調査について同意します。
氏 名

様式第3号(第6条関係)その1

⑨ 重度心身障害者、老人保健法による
一部負担金不要者証 { 交付
更新 } 申請書

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(ふりがな) 受給者氏名				男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日	
居 住 地	日高郡印南町大字			
医 療 保 険 の 加 入 状 況	(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)			
	(被保険者、組合員又は世帯主の住所)			
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)			
	(被保険者、組合員又は世帯主との続柄)			
	(保険者の名称)		(保険者番号)	
	(保険者の所在地)			
交付申請事由	身障手帳 級 ・ 療育A			
上記のとおり重度心身障害者、老人保健法による一部負担金不要者証の { 交付 } { 更新 } を申請します。 年 月 日 住 所 日高郡印南町大字 (居住地) 氏 名 印南町長 様				

私及び私の世帯員の所得状況の調査について同意します。
氏名

様式第4号(第6条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格登録(更新)申請書				
年 月 日				
印南町長 様		住所 印南町大字		
		申請者 氏名		
		電話番号		
	フリガナ		性 別	生年月日
	氏 名			年 月 日
受給資格者	フリガナ		性 別	生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所	印南町大字	続 柄	
加入保険	被保険者又は組合員氏名			
	記 号 番 号			
	保 険 者			
	所 在 地			
	付 加 給 付 の 状 況			
振込先	金 融 機 関 名			
	支 店			
	預 金 種 別		口座番号	
	口 座 名 義 人			
同 意 書				
登録の決定に際して、印南町長が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。				
印南町長 様				
(父母又は養育者) 氏 名				

様式第4号(第6条関係)その1

ひとり親家庭医療費受給資格証再交付申請書						
受給資格者	氏名	性別	生年月日		資格証番号	
		男・女	年 月 日			
	住所	日高郡印南町 番地				
加入保険	被保険者氏名				続柄	
	記 号 番 号			保 険 者 名 称		
破損 ひとり親家庭医療費受給資格証を 紛失したので受給者証の再交付を申請します。 年 月 日 住所 日高郡印南町 番地 申 請 者 氏 名 印南町長 様						

様式第4号(第6条関係)その2

ひとり親家庭医療に関する資格内容変更届					
年 月 日					
印南町長 様					
住所 印南町 番地					
届出人 氏 名					
住所					
下記のとおり 氏 名 を変更しましたのでお届けします。					
加入保険					
異 動 年 月 日		年 月 日			
住 所	旧	和歌山県日高郡印南町大字			番地
	新	和歌山県日高郡印南町大字			番地
氏 名	旧				
	新				
加 入 保 険	旧	記 号 番 号		被 保 険 者	
		保 険 者		付 加 給 付	有 ・ 無
	新	記 号 番 号		被 保 険 者	
		保 険 者		付 加 給 付	有 ・ 無

様式第4号(第6条関係)その3

ひとり親家庭医療に関する資格喪失届									
年 月 日									
印南町長 様									
届 出 人 住 所 印南町 番地									
氏 名									
年 月 日、()により資格を喪失しましたのでお届けします。									
保 護 者	ふりがな					性 別 男・女	生年月日		
	氏名						年 月 日		
児 童	氏	名	続 柄	性 別	生	年	月	日	住 所
						年	月	日	
						年	月	日	
						年	月	日	
						年	月	日	
						年	月	日	
加 入 保 険	被 保 険 者 又 は 組 合 員 氏 名								
	記 号 番 号		保 険 者		所 在 地		付 加 給 付 の 状 況		
	記号						有 ・ 無		
	番号								

様式第5号(第6条関係)

妊婦医療費受給資格登録申請書					
年 月 日					
印南町長 様					
申請者 住 所 日高郡印南町大字 番地					
氏 名 _____					
受給対象者	住 所	日高郡印南町大字	加入保険	被保険者氏 名	
	氏 名			保 險 証 記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日生		保 險 者 名	
	妊 婦 届 出 日 出 産 予 定 日	年 月 日 年 月 日		附 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無

様式第6号(第6条関係)

特別医療費受給資格登録申請書					
年 月 日					
印南町長 様					
申請者 住 所 日高郡印南町大字 番地					
氏 名					
保 護 者 名			加 入 保 険	被保険者 氏 名	
受 給 対 象 者	住 所	日高郡印南町大字		保 険 証 記 号 番 号	
	氏 名			保 険 者 名	
	生年月日	年 月 日生		附加給付 の 有 無	有 ・ 無

保護者欄は、20歳未満の支給対象者のみ記入すること。

様式第9号(第7条関係)

		老人医療費受給者証									
公費負担者番号		4	1	3	0	0	3	7	7		
公費負担医療の受給者番号											
受給者	居住地	和歌山県日高郡印南町大字									
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
一部負担金の割合						適用区分					
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで									
発行機関名及び印		和歌山県日高郡印南町 印南町長									
交付年月日		年 月 日									

(他府県では使用できません)

注 意 事 項	
1 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出して下さい。	
2 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市町村長に返して下さい。	
3 氏名、居住地に変更があったときは14日以内に、この証を添えて市町村長にその旨を届け出て下さい。	
4 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市町村長にその旨を届け出て下さい。	
5 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下さい。	
6 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、すみやかに市町村長に返して下さい。	
7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。	

様式第10号(第7条関係)

印南町乳幼児医療費受給資格証																	
公 費 番 号	8	1	3	0	0	3	7	8									
受 給 者 番 号																	
受 給 資 格 者	氏 名																
	住 所	和歌山県日高郡印南町大字															
乳 幼 児	氏 名	2割															
	住 所																
	生年月日									年 月 日 生							
有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで																
発 行 機 関 名 及 び 印	和歌山県日高郡印南町 印 南 町 長 																
交 付 年 月 日	年 月 日																

注 意 事 項	
1	この証は印南町保健福祉医療費の支給に関する条例により支給を受ける証ですから大切に保持して下さい。
2	診療等を受けるときは、医療保険証といっしょに医療機関の窓口に掲示して下さい。
3	医療費の支給の申請をするときは、申請書と医療機関の領収書等とこの証を持参して下さい。
4	支給金を受領する際は通知書を印鑑とこの証を持参して下さい。
5	次のようなときは、必ず届出て下さい。 (1) 受給資格者又は対象の乳幼児の住所を変更したとき又は加入保険に変更があったとき。 (2) 受給資格者又は対象の乳幼児が生活保護法による保護を受けることになったとき。 (3) 受給資格者又は対象の乳幼児が死亡したとき。 (4) この証をなくしたとき。
6	この証の有効期間を経過した場合はこの証を返還して下さい。

様式第11号(第7条関係)

㊤ 重度心身障害児者医療費受給者証									
負担者番号		8	0	3	0	0	3	7	9
受給者番号									
受給者	居住地	和歌山県日高郡印南町大字 番地							
	氏名								男・女
	生年月日	年 月 日							
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
発行機関名 及び印		和歌山県日高郡印南町 印南町長							
交付年月日		年 月 日							

注 意 事 項

1 この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。

2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。

3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。

4 氏名、居住地に変更があったときは14日以内に、この証を添えて町長にその旨を届け出てください。

5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。

6 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。

7 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、速やかに町長に返してください。

8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

9 特殊な補綴(入歯等)は保険とは別に費用がかかります。

※裏面をよく読んでください。

様式第12号(第7条関係)

ひとり親家庭医療費受給資格者証									
公 費 番 号		8	2	3	0	0	3	7	7
受 給 者 番 号									
父 母 又 は 養 育 者	氏 名								
	住 所	和歌山県日高郡印南町大字							
受 給 資 格 者	氏 名								
	住 所								
	生 年 月 日	年		月		日生			
有 効 期 間		年		月		日から 日まで			
発 行 機 関 名 及 び 印		和歌山県日高郡印南町 印 南 町 長							
交 付 年 月 日		年		月		日			

注 意 事 項

1 この受給資格証は、印南町保健福祉医療費支給条例により給付を受ける証ですから大切に保持して下さい。

2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口提出して下さい。

3 医療費の支給の申請をするときは、領収書とこの証及び印鑑を持参して住民福祉課までおこし下さい。

4 住所や加入医療保険等が変わったり、この証をなくしたりしたときは、すみやかに届け出て下さい。

5 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下さい。

6 つぎのようなときは、この証は使えなくなりますので、すみやかに返還して下さい。

(1) 再婚等によりひとり親家庭でなくなったとき。

(2) 生活保護法、その他の法令等により公費負担を受けられるようになったとき。

(3) 有効期間が過ぎたとき。

(4) 町外へ転出するとき。

7 保険外診療については自己負担になります。

8 不正にこの証を使用した者は、刑法により、詐欺罪として懲役の処分を受けます。

問い合わせ先

印南町役場 住民福祉課

電話(0738) ㊟ 1730

様式第13号(第7条関係)

妊婦医療費医療証			
妊婦	住所	和歌山県日高郡印南町大字 番地	
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
有効期間		年 月 日から 出 産 日 まで	
上記のとおり妊婦医療費支給対象者であることを証明します。 年 月 日 印南町長			

注 意 事 項
1 この医療証は、印南町保健福祉医療費の支給に関する条例の支給対象者(妊婦)であることを証明するものですので大切に保存しておいてください。
2 この医療証は役場窓口で提示するものですので、保険医療機関等の窓口では提示しないでください。
3 医療費の支給の申請をするときは、領収書とこの医療証及び印鑑を住民課まで持参してください。
4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、この証を添えて14日以内に町長に届け出てください。
5 有効期限を経過したときは、速やかに町長に返還してください。また、有効期限経過前であっても流産等妊婦でなくなったときは速やかに返還ください。
6 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。

様式第14号(第7条関係)

④ 特別医療費医療証		
受 給 者	住 所	和歌山県日高郡印南町大字 番地
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
有 効 期 間	年 月 日 から 3箇月間 年 月 日 まで	
上記のとおり特別医療費支給対象者であることを証明します。 年 月 日 印南町長		

注 意 事 項

1 この医療証は、印南町保健福祉医療費の支給に関する条例の支給対象者(特別医療)であることを証明するものですので大切に保存しておいてください。

2 この医療証は役場窓口で提示するものですので、保険医療機関等の窓口では提示しないでください。

3 医療費の支給の申請をするときは、領収書とこの医療証及び印鑑を住民課まで持参してください。

4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、この証を添えて14日以内に町長に届け出てください。

5 有効期限を経過したときは、速やかに町長に返還してください。

6 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。

様式第15号(第8条関係)

㊦ 老人医療費支給申請書 年 月 日 印南町長 様 一金 円 ただし、老人医療費として 住 所 日高郡印南町大字 請求者 氏 名					
受給資格者	受給資格証 記 号 番 号		加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
				保 険 者 名	
				付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無

様式第16号(第8条関係)

印南町乳幼児医療費支給申請書				
年 月 日				
印南町長 様				
一金 円				
ただし、印南町乳幼児医療費として				
申請者 住所 印南町大字				
(保護者) 氏名				
対象の乳幼児	氏 名			
	生 年 月 日		受 給 者 番 号	
加入保険	被 保 険 者			
	記 号 番 号			
	保 険 者			
	付 加 給 付	有 ・ 無		
診 療 月	月 分	入院外来の別	入院 ・ 外来	
〈振込指定金融機関〉				
金 融 機 関 名		支 店 名	支店()	
口 座 番 号		預 金 種 別		
フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人				

様式第17号(第8条関係)

重度心身障害児者医療費支給申請書					
年 月 日					
印南町長 様					
一金 円					
ただし、重度心身障害児者医療費として					
住 所 日高郡印南町大字					
申請者					
氏 名					
受給資格者	受給資格証 記号番号		加 入 保 険	被保険者 氏 名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
				保 険 者 名	
				付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無

様式第18号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費支給申請書

年 月 日

印南町長 様

住 所 日高郡印南町大字
申請者 氏 名

申請額 円

受 給 者	受 給 資 格 証 号 記 号 番 号	印南町 第 号
	氏 名	
加 入 保 険	世帯員(組合員) 氏 名	
	記 号 番 号	
	保 険 者 名	
	付加給付の有無	有 ・ 無

様式第19号(第8条関係)

妊 婦 医 療 費 支 給 申 請 書						
年 月 日						
印南町長 様						
住 所 日高郡印南町大字 番地						
申請者						
氏 名						
対 象 者	住 所	日高郡印南町大字		加 入 保 険	被 保 険 者 名	
	氏 名				保 険 証 記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日生			保 険 者 名	
妊 婦 届 出 日 出 産 予 定 日		年 月 日 年 月 日			附 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無
疾 病 内 容						
振 込 希 望 金 融 機 関 名			口 座 番 号		口 座 名 義 人	

様式第20号(第8条関係)その1

特別医療費支給申請書							
年 月 日							
印南町長 様							
住 所 日高郡印南町大字 番地							
申請者							
氏 名							
保 護 者 名				加 入 保 険	被 保 険 者 名		
受 給 対 象 者	住 所	日高郡印南町大字			保 険 証 号		
	氏 名				保 険 者 名		
	生年月日	年 月 日生			附 加 給 付 有 無		
振 込 希 望 金 融 機 関 名				口 座 番 号		口 座 名 義 人	

保護者欄は、20歳未満の支給対象者のみ記入すること。

様式第20号(第8条関係)その2

特別医療費請求書 年 月 日 印南町長様 医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 年 月分の特別医療費を下記のとおり請求します。			
交付番号	第 号		
受診者氏名		加入保険	国保・社保
保険診療総点数		※	
点		円	円
振込先		口座番号	

様式第1号（第6条関係）

様式第2号（第6条関係）

様式第2号（第6条関係）その1

様式第2号（第6条関係）その2

様式第2号（第6条関係）その3

様式第3号（第6条関係）

様式第3号（第6条関係）その1

様式第4号（第6条関係）

様式第4号（第6条関係）その1

様式第4号（第6条関係）その2

様式第4号（第6条関係）その3

様式第5号（第6条関係）

様式第6号（第6条関係）

様式第7号及び様式第8号 削除

様式第9号（第7条関係）

様式第10号（第7条関係）

様式第11号（第7条関係）

様式第12号（第7条関係）

様式第13号（第7条関係）

様式第14号（第7条関係）

様式第15号（第8条関係）

様式第16号（第8条関係）

様式第17号（第8条関係）

様式第18号（第8条関係）

様式第19号（第8条関係）

様式第20号（第8条関係）その1

様式第20号（第8条関係）その2