

○印南町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成22年3月26日

規則第9号

改正 平成23年3月30日規則第12号

令和4年2月21日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、印南町子ども医療費の支給に関する条例（平成21年条例第19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。

(受給資格者の登録)

第2条 条例第5条の規定による受給資格の登録は、印南町子ども医療費受給資格登録申請書（様式第1号）により行う。

(受給資格証の交付)

第3条 町長は、前条による登録申請のあった場合は、内容審査のうえ、条例第3条に規定する支給対象者であると認めるときは、当該登録希望者を受給資格者として登録し、様式第2号による印南町子ども医療費受給資格証（以下「受給資格証」という。）を交付する。

2 受給資格証を破損し、又は亡失したときは、印南町子ども医療費受給資格証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、再交付を受けるものとする。

(受給資格証の提示)

第4条 前条に定める受給資格者が対象となる子どもについて医療保険各法の規定による医療に関する給付を受けるときは、当該医療機関等に受給資格証を提示するものとする。

(支給の方法)

第5条 条例第6条第1項の規定による支給の申請は、印南町子ども医療費支給申請書（様式第4号）に医療機関等の発する領収書等を添えて行う。

2 条例第6条第3項の規定による印南町子ども医療費の支給は、受給資格者の指定した金融機関への振込みにより行うものとする。ただし、町長が特に認めた場合はこの限りでない。

3 前項の支給は、条例第6第1項の規定により申請された日の属する月の翌月に行うものとする。

4 条例第6条第4項の規定による支払に関する事務は、和歌山県国民健康保険団体連合会及び和歌山県社会保険診療報酬支払基金に委託し行うものとする。

(支給の決定)

第6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、当該申請に係る支給の額を決定し、申請者に通知するものとする。

(届出)

第7条 条例第7条による届出は、印南町子ども医療費受給資格内容変更届（様式第5号）及び印南町子ども医療費受給資格喪失届（様式第6号）により行う。

(受給資格証の返還)

第8条 受給資格者がその資格を喪失したときは、速やかにその受給資格証を町長に返還しなければならない。

(台帳等の整備)

第9条 町長は、次の各号に掲げる書類を作成し、常に整理しておくものとする。ただし、第1号に掲げる書類に記載すべき事項を電子計算機により確実に記録し、これを適正に管理及び利用することによって、事務を支障なく行い得る場合は、第1号に掲げる書類の作成を省略することができる。

(1) 子ども医療費受給資格登録及び子ども医療費受給資格証交付台帳

(2) 子ども医療費支給台帳

附 則

この規則は、平成２２年４月１日から施行する。

附 則（平成２３年規則第１２号）

この規則は、平成２３年４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2条関係)

印南町子ども医療費受給資格登録(更新)申請書				
印南町長 様		年 月 日		
		申請者	住所	印南町大字
		(保護者)	氏名	
			電話番号	
(保護者)	受給資格者	フリガナ		性別
		氏名		生年月日
		住所		
対象の子ども		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3条関係)

印南町子ども医療費受給資格証									
()									
公 費 番 号	8	1	3	0	0	3	7	8	
受 給 者 番 号									
受 給 資 格 者	氏 名	和歌山県日高郡印南町大字							
	住 所	3 割							
子 ども	氏 名								
	住 所								
	生 年 月 日	年 月 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	この証は印南町子ども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提示して下さい。
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と印鑑とこの証を持参して下さい。
5	次のようなときは、必ず届出下さい。 (1) 受給資格者又は対象の子ども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子ども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子どもが死亡したとき。 (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3号(第3条関係)

印南町子ども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					
子ども医療費受給資格証を 破損 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			
対象の子ども	氏名	続柄	性別	生年月日	受給者番号

様式第4号(第5条関係)

印南町子ども医療費支給申請書				
印南町長 様			年 月 日	
一金			円	
ただし、印南町子ども医療費として				
申請者			住所 印南町大字	
(保護者)			氏名	
対象の子ども	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5号(第7条関係)

印南町子ども医療費受給資格内容変更届					
印南町長 様				年 月 日	
				申請者 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 子 ども 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6号(第7条関係)

印南町子ども医療費受給資格喪失届					
印南町長 様				年 月 日	
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			
対象の子ども	氏名	続柄	性別	生年月日	受給者番号

様式第 1 号 (第 2 条関係)

様式第 2 号 (第 3 条関係)

様式第 3 号 (第 3 条関係)

様式第 4 号 (第 5 条関係)

様式第 5 号 (第 7 条関係)

様式第 6 号 (第 7 条関係)