

## ○小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則

平成14年6月18日

規則第28号

改正 平成14年7月31日規則第32号

平成14年9月30日規則第38号

平成15年3月31日規則第19号

平成15年6月30日規則第30号

平成17年6月9日規則第19号

平成18年12月27日規則第63号

平成19年3月28日規則第42号

平成19年6月21日規則第88号

平成20年3月26日規則第14号

平成21年3月18日規則第5号

平成22年2月17日規則第3号

平成23年3月23日規則第8号

平成25年1月16日規則第1号

平成25年2月13日規則第3号

平成25年8月1日規則第34号

平成25年12月27日規則第43号

平成26年3月31日規則第20号

平成27年12月2日規則第31号

小千谷市ひとり親家庭等医療費助成事業に関する規則（平成3年小千谷市規則第6号）  
の全部を改正する。

（目的）

第1条 この規則は、ひとり親家庭の父又は母及び児童等の医療費に対して助成を行い、  
もってひとり親家庭等の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

（定義）

第2条 この規則において「医療保険各法」とは、次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) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (7) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

2 この規則において「児童」とは、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は20歳未満で児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号。以下「施行令」という。）第1条第1項に規定する程度の障害の状態にある者をいう。

3 この規則において「ひとり親家庭」とは、次の各号のいずれかに該当する児童（父母（施行令第1条第2項に規定する程度の障害の状態にある者を除く。）と生計を同じくしている者並びに父又は母及びその配偶者（施行令第1条第2項に規定する程度の障害の状態にある者を除く。）に養育（その児童と同居して、これを監護し、かつ、その生計を維持することをいう。以下同じ。）されている者を除く。）の父又は母がその児童を監護する家庭をいう。

- (1) 父母が婚姻を解消した児童
- (2) 父又は母が死亡した児童
- (3) 父又は母が施行令第1条第2項に規定する程度の障害の状態にある児童
- (4) 父又は母の生死が明らかでない児童
- (5) 父又は母が引き続き1年以上遺棄している児童
- (6) 父又は母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）第10条第1項の規定による命令（それぞれ母又は父の申立により発せられたものに限る。）を受けた児童
- (7) 父又は母が法令により引き続き1年以上拘禁されている児童
- (8) 母が婚姻によらないで懐胎した児童
- (9) 前号の児童に該当するかどうか明らかでない児童

4 この規則において「養育者」とは、次の各号のいずれかに該当する児童を養育する者であって、父母及び児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の4に規定する里親以外の者をいう。

- (1) 父母が死亡した児童
- (2) 前項各号のいずれかに該当する児童であって、父母が監護しないもの

5 この規則にいう「父」には、母が児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、その母と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含み、「配偶者」には、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る者を含み、「婚姻」には、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る場合を含むものとする。

(助成対象者)

第3条 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、本市に住所を有する医療保険各法の規定による被保険者及びその被扶養者であって、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

(1) ひとり親家庭の父又は母及び児童

(2) 養育者及び養育者が養育する第2条第4項各号のいずれかに該当する児童

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、助成対象者としな

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者

(2) 児童福祉法第27条第1項第3号に規定する措置又は同条第2項に規定する委託措置を受けている者

(3) 小千谷市重度心身障害者医療費助成に関する条例（昭和62年小千谷市条例第21号）により医療費の助成を受けることができる者

3 第1項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するときは、当該ひとり親家庭の父又は母及び児童並びに養育者及び養育者の養育する児童は助成対象者としな

(1) ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者（次の各号のいずれかに該当する児童の養育者を除く。）の前年の所得（1月から9月までの医療その他の療養を受ける場合にあっては、前々年の所得とする。以下同じ。）が施行令第2条の4第2項に規定する額以上であるとき、及び次の各号のいずれかに該当する児童の養育者の前年の所得が施行令第2条の4第4項に規定する額以上であるとき。

ア 第2条第3項第2号又は第4号に該当する児童であって、父又は母がないもの

イ 第2条第3項第6号に該当する児童であって、父又は母がないもの

ウ 父母が法令により引き続いて1年以上拘禁されている児童

エ 第2条第3項第7号に該当する児童であって、母が死亡したもの又は母の生死が明らかでないもの

オ 第2条第3項第8号に該当する児童

(2) ひとり親家庭の父若しくは母の配偶者の前年の所得又はひとり親家庭の父若しく

は母の民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者で当該ひとり親家庭の父若しくは母と生計を同じくするものの前年の所得が、施行令第2条の4第5項に規定する額以上であるとき。

(3) 養育者の配偶者の前年の所得又は養育者の民法第877条第1項に定める扶養義務者で当該養育者の生計を維持するものの前年の所得が、施行令第2条の4第5項に規定する額以上であるとき。

4 前項の規定は、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、自己又は所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する控除対象配偶者若しくは扶養親族の所有に係る住宅、家財又は施行令第5条に規定する財産につき被害金額（保険金、損害賠償金等により補充された金額を除く。）がその価格のおおむね2分の1以上である損害を受けた者がある場合において、当該損害を受けた月から翌年の9月30日までの医療その他の療養については、当該損害を受けた者に係る当該損害を受けた年の前年の所得に関しては、適用しない。

（受給者証の交付）

第4条 医療費の助成を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号）により、市長に受給者証（様式第2号）の交付を申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を審査した結果、申請者が助成対象者であると認めたときは、申請者に速やかに受給者証を交付するものとする。

3 市長は、受給者証を交付したときは、ひとり親家庭等医療費受給者台帳（様式第3号。以下「交付台帳」という。）に記入するものとする。

4 市長は、第1項の申請書を審査した結果、申請者が助成対象者でないと認めたときは、申請者にひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下決定通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（受給者証の有効期間）

第5条 受給者証の有効期間は、10月1日から翌年9月30日まで（最初に交付される受給者証にあつては、その交付された日の属する月の翌月の初日から最初に到来する9月30日まで）とする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

2 第3条に規定する助成対象者としての要件を欠くに至った場合における受給者証の有効期間は、その事実の発生の日の属する月の末日までとする。ただし、市長が特に必要

と認めるときは、この限りでない。

(受給者証の更新)

第6条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、毎年8月1日から同月31日までの間に、ひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号）を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。ただし、申請及びこれに添えて提出する書類により証明すべき事項について市長が公簿等により確認することができるときは、当該申請を省略させることができる。

2 市長は、受給者が受給者証の有効期間満了後も引き続き受給資格を有するときは、受給者証を更新するものとする。

3 第3条第3項の規定により受給者に助成しないと認めるときは、ひとり親家庭等医療費助成受給資格喪失通知書（様式第4号の2）を、当該受給者に交付するものとする。

(受給者証の再交付)

第7条 受給者は、受給者証を破損、汚損又は紛失したときは、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（様式第5号）を市長に提出して受給者証の再交付を受けなければならない。

(助成の範囲)

第8条 市長は、次に掲げる額（以下「ひとり親家庭医療費」という。）を助成するものとする。

(1) 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）の医療保険各法に規定する療養又は指定訪問看護に要する費用の額（健康保険法第76条第2項及び第88条第4項の規定により厚生労働大臣の定めるところにより算定した額。以下「対象医療費」という。）から保険給付額、他法負担及び次のア、イ、ウ又はエに規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）を控除した額

ア 医療保険各法の規定による診察、薬剤若しくは治療材料の支給若しくは処置、手術その他の治療又は居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護（次号に掲げる療養に伴うものを除く。）を受ける場合は、病院、診療所等（医療保険各法に規定する薬局を除く。また、同一の医療機関における歯科診療及び歯科診療以外の診療は診療ごとに別な医療機関とみなす。）ごとに1日につき530円とする。

イ 同月中に同一の保険医療機関等において前記アに掲げる給付を5回以上受けると

きは、前記アの規定にかかわらず、5回目以降の前記アの一部負担金額は、0円とする。ただし、月の初回から4回目まで当該受診日の自己負担額が530円に満たない場合は当該自己負担額を限度とする。

ウ 医療保険各法の規定による病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護を受ける場合は、病院又は診療所ごとに1日につき1,200円とする。

エ 医療保険各法の規定による指定訪問看護を受ける場合は、指定訪問看護業者ごとに1日につき250円とする。

(2) 医療保険各法の規定により交付される食事療養に係る標準負担額減額認定証（以下「標準負担額減額認定証」という。）又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「減額認定証」という。）の交付を受けている受給者が前号ウに掲げる療養と併せて受ける食事療養に係る標準負担額（健康保険法第85条第2項の規定に基づき、平均的な家計における食費の状況を勘案して厚生労働大臣が定める額）

(3) 標準負担額減額認定証又は減額認定証の交付を受けている受給者が、第1号ウに掲げる療養と併せて受ける生活療養に係る標準負担額（健康保険法第85条の2第2項の規定に基づき、平均的な家計における食費及び光熱水費の状況並びに病院及び診療所における生活療養費に要する費用について介護保険法（平成9年法律第123号）第51条の3第2項第1号に規定する食費の基準費用額及び同項第2号に規定する居住費の基準費用額に相当する費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額）。ただし、別表に定める額とする。

（助成の方法）

第9条 市長は、受給者からの申請に基づきひとり親家庭医療費を支給するものとする。

ただし、医療保険各法の規定による被保険者又はその被扶養者である受給者が医療保険各法に規定する保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）において医療等を受ける場合は、当該保険医療機関等に対してひとり親家庭医療費を支払うことにより助成することができる。

2 前項ただし書の場合においては、受給者は、保険医療機関等（薬局を除く。）に対して一部負担金を支払うものとする。この場合において、前条に掲げる医療を受ける場合にあつては、当該一部負担金の例によるものとする。

（助成の申請）

第10条 前条第1項本文の規定によるひとり親家庭医療費の支給の申請は、ひとり親家

庭等医療費助成申請書（様式第6号その1）、県単医療費助成申請書（柔道整復施術用）（様式第6号その2）又は県親医療費助成申請書（入院時生活療養費用）（様式第6号その3）を市長に提出して行うものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、受給者が県内市町村長の委任を受けた新潟県知事と公益社団法人新潟県接骨師会長との間で取り交わした県単受領委任取扱いに関する協定書により医療費助成金を受領することのできる柔道整復師の施術を受け、当該柔道整復師に医療費助成金の受領を委任する場合は、県単医療費助成申請書（柔道整復施術用）（様式第6号その2）等の施術者の施術に係る療養費の額を証する書類その他市長が必要と認める書類を市長に提出するものとする。

（助成額の決定の通知）

第11条 市長は、第10条の医療費助成申請書の内容を審査し、当該申請に係る助成額を決定したときは、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（様式第7号）により申請者に通知するものとする。ただし、同条第2項による医療費助成申請については、この限りでない。

（受療の手続）

第12条 受給者は、医療を受けようとするときは、保険医療機関等に医療保険証、受給者証を提出しなければならない。

- 2 受給者が第8条第1項第2号及び第3号に規定する食事療養又は生活療養を受けようとするときは、前項において提出すべきもののほか標準負担額減額認定証又は減額認定証を提出しなければならない。

（変更の届出）

第13条 受給者は、次に掲げる事由が生じたときは、速やかにひとり親家庭等医療費受給者変更届（様式第8号）に受給者証を添えて市長に届け出なければならない。

- (1) 氏名又は市内における住所の変更をしたとき。
- (2) 医療保険の種類又は医療保険証、標準負担額減額認定証若しくは減額認定証の記載事項に変更があったとき。
- (3) 受給者証に記載された受給者のうち一部の者が第3条に規定する対象者としての要件を欠くに至ったとき。
- (4) 新たに監護し、又は養育する児童を有するに至ったとき。

- 2 受給者は、第三者の行為を原因とする疾病又は負傷について医療を受けたときは、速

やかにひとり親家庭等医療費受給者被害届（様式第9号）に受給者証を添えて市長に届け出なければならない。

（受給者証の返還）

第14条 受給者は、次に掲げる事由が生じたときは、速やかにひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（様式第10号）に受給者証を添えて市長に届け出なければならない。

(1) 市外に転出したとき。

(2) 受給者証に記載されたすべての受給者が第3条に規定する対象者としての要件を欠くに至ったとき。

2 ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者が死亡した場合における前項の規定による返還は、戸籍法（昭和22年法律第224号）第87条第1項の規定による届出義務者が行うものとする。

（損害賠償との調整）

第15条 市長は、受給者が第三者から疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その賠償額の限度においてひとり親家庭医療費の全部若しくは一部の助成を行わず、又は既に助成したひとり親家庭医療費の全部若しくは一部を返還させることができる。

（譲渡又は担保の禁止）

第16条 受給者は、ひとり親家庭医療費の助成を受ける権利を譲渡し、又は担保に供してはならない。

（助成金の返還）

第17条 市長は、虚偽その他不正な行為によりひとり親家庭医療費の助成を受けた者があるときは、その者から既に助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

（委任）

第18条 この規則に定めるもののほか、医療費の助成に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則

（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 この規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後に受けた療養に係る医療費の助成について適用し、施行日前に受けた療養に係る医療費の助成につ

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小千谷市ひとり親家庭等医療費助成事業に関する規則第4条の規定により受給者と認められているものは、改正後の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則第4条の規定による受給者とみなす。
- 4 この規則の施行の際現に交付されている受給者証は、その有効期間が満了するまでの間、改正後の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則様式第2号による受給者証とみなす。
- 5 この規則の施行の際現に保有する改正前の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成事業に関する規則の様式については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附 則（平成14年7月31日規則第32号）

この規則は、平成14年8月1日から施行する。

附 則（平成14年9月30日規則第38号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成14年10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交付されている受給者証は、その有効期間が満了するまでの間、改正後の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則様式第2号による受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に保有する改正前の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則様式第2号その1、様式第2号その2、様式第2号その3、様式第6号その2及び様式第9号については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附 則（平成15年3月31日規則第19号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成15年6月30日規則第30号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成15年7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保有する改正前の様式第6号その1及び様式第9号については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附 則（平成17年6月9日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行し、平成17年4月1日から適用する。

附 則（平成18年12月27日規則第63号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現に保有する改正前の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則に定める様式については、当分の間、これを使用することができるものとする。

3 この規則の施行の際現に交付されている受給者証は、その有効期間が終了するまでの間、改正後の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則様式第2号その1、様式第2号その2又は様式第2号その3による受給者証とみなす。

附 則（平成19年3月28日規則第42号）

（施行期日）

1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則施行の際、現に保有するひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書その他未使用の用紙は、当分の間これを使用することができる。

附 則（平成19年6月21日規則第88号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

（経過措置）

2 この規則施行の際、現に保有するひとり親家庭等医療費受給者証交付（更新）申請書その他未使用の用紙は、当分の間これを使用することができる。

附 則（平成20年3月26日規則第14号）

（施行期日）

1 この規則は、平成20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保有する改正前の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則に定める様式については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附 則（平成21年3月18日規則第5号）

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成22年2月17日規則第3号）

この規則は、平成22年2月20日から施行する。

附 則（平成23年3月23日規則第8号）

（施行期日）

1 この規則は、平成23年4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小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則の規定は、この規則の施行の日以後に受けた療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に受けた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成25年1月16日規則第1号）

（施行規則）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成24年8月1日から適用する。ただし、第2条第3項第6号の規定により対象者となる場合及び第5条の規定により受給者証の交付を受けようとする場合は、平成24年9月1日から適用するものとする。

（経過措置）

2 この規則施行の際、第2条第3項第6号の規定により新たに第4条に定める要件に該当することとなった児童を施行日において現に監護し、又は養育している者が、平成24年12月31日までの間に第5条の規定による受給者証の交付の申請をしたときは、その者に交付する受給者証の有効期間は第6条第1項に関わらず平成24年10月1日又は要件に該当することとなった翌月の初日のいずれか遅い日からとする。

3 この規則施行の際、現に保有する改正前の小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則に定める様式については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附 則（平成25年2月13日規則第3号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成25年8月1日規則第34号）

この規則は、平成25年8月1日から施行する。

附 則（平成25年12月27日規則第43号）

この規則は、平成26年1月3日から施行する。

附 則（平成26年3月31日規則第20号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26年4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小千谷市ひとり親家庭等医療費助成に関する規則の規定は、この規則の施行の日以後に受けた療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に受けた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則 (平成27年12月2日規則第31号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

別表(第8条関係)

入院時生活療養標準負担額の助成額

入院医療の必要性の高い者以外の者		入院医療の必要性の高い者	
減額認定証の区分	助成額/食	減額認定証の区分	助成額/食
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者	160円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者(長期非該当)	210円
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰの者	100円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者(長期該当)	160円
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰ(老福)の者	100円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰの者	100円

「入院医療の必要性の高い者」とは「健康保険法施行規則第62条の3第3号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成18年9月8日厚生労働省告示第488号)による。

小千谷市長 あて

年 月 日

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付(更新)を申請します。  
また、交付要件確認のために必要があるときは、住民基本台帳及び所得状況について、公簿等によって小千谷市長が調査することに同意します。

① 申請者	フリガナ氏名	印										性別	男・女	⑤ 加入医療保険の状況	保険の種類	1 国保	2 協会	3 組合	4 共済	5 船員	6 後期	
	個人番号	生年月日										年 月 日		被保険者(世帯主・組合員)氏名	申請者との続柄							
	住所	小千谷市										電話 ( )		被保険者証記号番号	保険者名							
	勤務先	勤務先住所					電話 ( )						被保険者所在地	有(氏名) )・無								
② ひとり親家庭等となった理由	受給(年 月 日から)・児童扶養手当受給(年 月 日から)・非受給														標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)	有(氏名) )・無						
	備考															年分所得	⑥ 申請者	⑦ 配偶者	⑧ 扶養義務者			
③ 家族の状況	フリガナ氏	生年月日	続柄	性別	同居別居	監護又は養育を始めた年月日	※対象・非対象の別	被保険者との関係	個人番号	氏名					⑨ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち(ア)老人扶養親族等の数(イ)特定扶養親族数(ウ)16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数)	(ア) 人	(イ) 人	(ウ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人
	申請者本人						対象	本人退職本人						人								
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	男女同居別居						対象	家族退職家族														
	④ 児童に障害があるとき	氏名	障害名	※障害確認の内容										⑩ 母(父)に対し支払われた額 A	円							
			確認書類	手帳等の記号	等級	発行者						A の 8 割相当額 B	円									
												児童に対して支払われた額 C	円									
												C の 8 割相当額 D	円									
												合計 B+D	円									
												障 (人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円					
												障 (人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円					
												⑪ 寡婦(父)・寡婦の特別加算、勤労学生控除	円	円	円	円	円	円				
												⑫ その他の控除	円	円	円	円	円	円				
												⑬ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円				
											⑭ 控除額計	円	円	円	円	円	円					
											※⑮ 控除後の所得額	円	円	円	円	円	円					
											※⑯ 所得限度額	円	円	円	円	円	円					
											※ 添付書類	戸籍の全部事項証明書又は戸籍謄本(戸籍の個人事項証明書又は抄本) 住民票の写し 所得証明書 認定調書 [提示] 児童扶養手当証書 医療保険証 減額認定証										
											※ 公簿確認											

注 確認書類は次の書類番号を記入してください。  
1 身障手帳 2 診断書 3 特別児童扶養手当 4 その他( )

同意書(配偶者・扶養義務者)

私は、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付要件確認のために必要があるときは、私の所得状況について、小千谷市長が調査することに同意します。

年 月 日

(配偶者)

住 所

氏 名

印

(扶養義務者)

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

同意書に署名、押印がない場合は、所得証明書が必要となります。

様式第2号(第4条関係)

(表)

市町村 受 給 者 証										
64 県親		公 費 負 担 者 番 号	6	4	1	5	0	0	8	9
		受 給 者 番 号								
		保 險 者								
受 給 者	氏 名	男 ・ 女								
	生 年 月 日	年 月 日								
	備 考									
申 請 者	氏 名									
	住 所									
有 効 期 間		年 月 日				から				
		年 月 日				まで				
発 行 機 関		新潟県 小千谷市長 印								
交 付 年 月 日		年 月 日								

※ 用紙は、原則として日本工業規格B列7番白色とする。

※ 印刷は、黒色によるものとする。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口に提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 3 一部負担金について
  - ・ 外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときには当該額)を支払ってください。
  - ・ 入院の場合は、1日につき1,200円を支払ってください。
  - ・ 訪問看護の場合は、1日につき250円を払ってください。なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について  
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに市町村に届け出てください。
  - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
  - (2) 医療保険の種類又は医療保険証若しくは標準負担額減額認定証の記載事項に変更があったとき。
  - (3) 受給者の資格がなくなったとき。
  - (4) 生活保護の決定を受けたとき。
  - (5) 新たに監護し、又は養育する児童を有するに至ったとき。
  - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
  - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
  - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証を添付して市町村に手続きしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりですので、8月1日から8月31日までの間に、市町村で更新の手続きをしてください。
- 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ることがあります。

様式第3号(第4条関係)

台帳番号		ひとり親家庭等医療費受給者台帳													
申請者	フリガナ氏名	男・女		生年月日	年 月 日	備 考		受給資格の該当要件			受給者証交付(更新)再交付年 月 日	受領印			
	住所	勤務先		電話番号			1	3			・ ・				
	職業			電話番号			2	4			・ ・				
受給者証番号	氏 名	続 柄	被保険者との関係	生年月日	性 別	資格取得年月日	資格喪失年月日	減額認定証の交付(減額対象者…○印)			備 考	・ ・			
			本人退職本人	・ ・	男・女	・ ・	・ ・								・ ・
			家族退職家族	・ ・	男・女	・ ・	・ ・								・ ・
			家族退職家族	・ ・	男・女	・ ・	・ ・								・ ・
			家族退職家族	・ ・	男・女	・ ・	・ ・								・ ・
			家族退職家族	・ ・	男・女	・ ・	・ ・								・ ・
加入医療保険	被保険者	氏 名	続 柄					金融機関名		振込指定機関	備 考				
	住所				種 別		普 ・ 当								
	保険種別	協・組・船・共・国保・後期	記号番号			口座番号		そ の 他							
	保険者名				氏 名										
	保険者住所														

様式第4号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請  
却下決定通知書

第 号  
年 月 日

様

小千谷市長 印

年 月 日付けでひとり親家庭等医療費受給者証交付申請がありました  
が、審査の結果、次の理由により資格が認められませんので通知します。

氏名

理由

付記

- 1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に小千谷市長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(決定についての異議申立てを行った場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内)に小千谷市を被告(訴訟においては小千谷市長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号の2（第6条関係）

ひとり親家庭等医療費助成受給資格喪失通知書

第 年 月 日  
号 日

様

小 千 谷 市 長 印

ひとり親家庭等医療費助成受給資格について、下記のとおり喪失します（しました）ので通知します。

記

1 喪 失 日 年 月 日

2 喪 失 の 理 由

付 記

- 1 この決定に不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に小千谷市長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内（決定についての異議申立てを行った場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内）に小千谷市を被告（訴訟においては小千谷市長が被告の代表者となります。）として新潟地方裁判所にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

受給者証番号		受給者氏名	
		生年月日	年 月 日
住 所			
再交付申請の理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
申請者  
氏 名

小千谷市長 あて

- 注 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。  
2 破損又は汚損した場合は、受給者証を添えて提出してください。  
3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。

◎記名押印に代えて署名することができます。

様式第6号その1(第10条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所  
氏 名

㊟

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支 店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。  
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
3 〃 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県親助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

( 年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外 来 ・ 調 剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
入 院	入 院 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪 問 看 護	利 用 日 数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・母子保健法・児童福祉法・その他( )	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名 称  
氏 名

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。  
※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

## 注 意 事 項

### 1 助成額の計算方法

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額)

イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。

ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	県子	
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					年 月 日
小千谷市長 あて		申請者 住 所 氏 名			(印)
下記のとおり金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
			代理人住所 代理人氏名		(印)
受給者証番号				保 険 者 名	
受給者氏名				記 号 ・ 番 号	
受療者氏名				被保険者氏名	
自己負担割合	3割	2割	1割		
振込指定 金融機関名	銀行名				口座番号
	支店名				フリガナ 口座名義人
※	他法負担額	一部負担金額		決定額	

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

◎ 記名押印に代えて自署することができます。

(柔道整復師が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額 B-C
1日目	円	円	円	円
2日目	円	円	円	円
3日目	円	円	円	円
4日目	円	円	円	円
5日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担 等の有無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・母子保健法・児童福祉法・その他( )		公費分費用	
			患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。				
年 月 日				
			所在地 名称 氏名	(印)
様				

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

(裏)

1 助成対象額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

- 療養に要した費用の2割(経過措置対象者は1割)

<県障・県親・県子の場合>

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額)

2 不明な点は、 担当窓口におたずねください。

様式第6号その3(第10条関係)

(表)

県親医療費助成申請書(入院時生活療養費用)

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所  
氏 名

㊟

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支 店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。  
 2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
 3 " 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄(県親助成額単価×食事回数)

県親助成決定額 円

..... 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 .....

( 年 月診療分)

所得区分等	標準負担額	県障助成額単価	食事回数(回)
適用区分C・低所得者Ⅱ	210円/食	160円/食	
低所得者Ⅰ②	130円/食	100円/食	
低所得者Ⅰ①	100円/食	100円/食	
入院医療の必要性の高い者	210円・160円・100円/食		

様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名 称  
氏 名

㊟

※ 「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分2又は3等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。

※ 所得区分等(例：低所得Ⅱ)及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注意事項

1 助成申請額の計算方法

- (1) 入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。
- (2) 申請額は入院時生活療養費標準負担額のうち、入院時食事療養標準負担額と同額(食材料費相当分)の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額(食材料費相当額)

低所得者Ⅱ	160円/食
低所得者Ⅰ②	100円/食
低所得者Ⅰ①	100円/食

ただし、入院医療の必要性の高い者については

低所得者Ⅱ	210円/食
低所得者Ⅱ(90日を超える場合)	160円/食
低所得者Ⅰ	100円/食

- 2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

様式第7号(第11条関係)

ひとり親家庭等医療費支給決定通知書

第 号  
年 月 日

様

小千谷市長 印

年 月 日付けで申請のあった標記医療費については、下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

1 支給額 円

2 支給方法

- (1) 年 月 日までに市役所社会福祉課へ印鑑を持参ください。
- (2) 銀行 支店へ口座支払いいたします。

付記

- 1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に小千谷市長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(決定についての異議申立てを行った場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内)に小千谷市を被告(訴訟においては小千谷市長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。

様式第8号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住所				
届出事項	変更年月日	年 月 日		
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は医療保険証・減額認定証の記載事項の変更等(減額認定証の交付・返納も含む。) 4 受給者のうち一部の者に係る資格喪失 5 新たに監護又は養育する児童が生じたこと	変更理由			
変 更 事 項				
旧		新		

上記のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所  
届出者  
氏 名

小千谷市長 あて

- 注 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。  
2 変更理由は詳しく記載してください。

◎記名押印に代えて署名することができます。

様式第9号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住 所				
<p>1 疾病・負傷の具体的内容</p> <p>2 事故等発生原因及び発生日</p> <p>3 受診先医療機関の名称</p> <p>4 所轄警察署の立会いの有無 (有・無)          有のとき：警察署名_____</p> <p>5 加害者の氏名、住所及び勤務先</p>				

上記のとおり第三者の行為を原因とする疾病又は負傷について医療その他の療養を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所  
 届出者  
 氏 名  
 (受給者との続柄 )

小千谷市長 あて

◎記名押印に代えて署名することができます。

様式第10号(第14条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日		年	月 日
住所				
1 資格喪失事由				
(1) 他の市町村に転出したため(転出先 )				
(2) ひとり親家庭でなくなったため (具体的理由)				
(3) ひとり親家庭の父若しくは母又は養育者が死亡したため (氏名 )				
(4) その他 (具体的理由)				
2 資格喪失事由発生年月日				
年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失したので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所  
届出者  
氏名  
(受給者との続柄 )

小千谷市長 あて

注 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。

◎記名押印に代えて署名することができます。

別表（第8条関係）

様式第1号（第4条、第6条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第3号（第4条関係）

様式第4号（第4条関係）

様式第4号の2（第6条関係）

様式第5号（第7条関係）

様式第6号その1（第10条関係）

様式第6号その2（第10条関係）

様式第6号その3（第10条関係）

様式第7号（第11条関係）

様式第8号（第13条関係）

様式第9号（第13条関係）

様式第10号（第14条関係）