

○かすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則

平成17年3月28日

規則第47号

改正 平成17年9月27日規則第130号

平成20年3月28日規則第9号

平成21年5月29日規則第24号

平成22年10月29日規則第42号

平成23年3月31日規則第11号

平成24年9月28日規則第25号

平成26年9月29日規則第34号

平成28年3月31日規則第31号

(趣旨)

第1条 この規則は、かすみがうら市医療福祉費支給に関する条例（平成17年かすみがうら市条例第88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3条の規則で定める社会保険各法は、次のとおりとする。

- (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) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245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）

(医療福祉費受給者証の交付申請)

第3条 条例第4条の規定による医療福祉費の支給を受けようとする者は、医療福祉費受給者証交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

(1) 条例第5条第1項の規定に該当する者で、同条第3項の規定の適用により医療福祉費の支給を受けられる場合は、同項に規定する事実を明らかにすることができる書類

(2) 本市に転入した者にあつては、条例第5条に規定する所得を証明するに足る書類

3 第1項の申請書を提出するに当たっては、次の各号に定める書類を掲示し又は提出しなければならない。

(1) 国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療制度の被保険者又は社会保険各法の被保険者、組合員被扶養者にあつては、その旨を証する書類

(2) 条例第2条第1号に該当する者にあつては、その妊娠を証する書類

(3) 条例第2条第3号及び第4号に該当する者にあつては、市長が定める書類

(4) 条例第2条第3号ア(イ)に該当する者にあつては、同号に定める障害の程度を証する書類

(5) 条例第2条第3号ア(ウ)に該当する者にあつては、在学を証する書類

(6) 条例第2条第5号に該当する者にあつては、同号に定める障害の程度を証する書類

4 前3項の規定は、医療福祉費受給者証の更新について準用する。この場合において、第1項の申請書の記載すべきすべての事項について、公簿等によって確認することができるときは、当該申請書の提出を省略することができる。

(受給者証の交付)

第4条 市長は、前条に規定する申請書に基づいて、条例第3条に規定する対象者（以下「対象者」という。）であり、かつ、条例第5条第1項各号に該当する者でないことを確認したときは、申請者が妊産婦以外である場合は医療福祉費受給者証（様式第2号）を、妊産婦である場合は妊産婦医療福祉費受給者証（様式第2号の2）を交付するものとする。

2 対象者が小児であり、入院のみ対象となる場合は医療福祉費受給者証表面に入院のみ有効である旨、外来のみ対象となる場合は外来のみ有効である旨を表示するものとする。

(受給者証の再交付申請)

第5条 医療福祉費受給者証又は妊産婦医療福祉費受給者証(以下「受給者証」と総称する。)の交付を受けている者(以下「受給者」という。)又は条例第4条第5項に規定する保護者等(以下「保護者等」という。)は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、医療福祉費受給者証再交付申請書(様式第3号)を提出し、その再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合には、前項の申請書にその受給者証を添えなければならない。

3 受給者又は保護者等は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

(医療福祉費の支給申請)

第6条 受給者又は保護者等は、緊急その他やむを得ない理由により、保険医療機関等(条例第4条第6項に規定する保険医療機関等をいう。以下同じ。)又は指定訪問看護事業者に受給者証を提示せずに医療又は指定訪問看護を受けたときは、その都度当該医療又は指定訪問看護に係る医療福祉費の支給を市長に申請することができる。

2 前項の規定による申請をするときは、医療福祉費支給申請書(様式第4号)に、次の各号に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

(1) 保険医療機関等若しくは指定訪問看護事業者の発行する領収書又は国民健康保険若しくは医療保険の保険者が発行する療養費若しくは附加給付金の支給証明書

(2) その他市長が必要と認める書類

3 第1項の申請書を提出するに当たっては、受給者証を

提示しなければならない。

(支給の決定)

第7条 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査の上当該申請に係る支給額を決定し、速やかに医療福祉費支給決定通知書(様式第5号)により申請者に通知するものとする。

(受療の手続)

第8条 対象者は、条例第4条第6項の規定による医療又は指定訪問看護を受けようとするときは、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に被保険者証又は組合員証及び受給者証を提示しなければならない。

(外来自己負担金の支給申請等)

第8条の2 条例第4条の2の規定による申請は、医療福祉費外来自己負担金支給申請書(様式第8号又は様式第9号)を市長に提出して行うものとする。

(災害等による損失等の計算の方法)

第9条 条例第5条第3項で定める額は、老人保健法の施

行に伴う関係政令の整備等に関する政令(昭和58年政令第6号)第8条の規定による改正前の老人福祉法施行令(昭和38年政令第247号)第4条第3項及び第4項の例により計算するものとする。

(届出事項等)

第10条 条例第6条で定める届出事項は、受給者又は保護者等に関し次の各号に定める事項に変更があった場合とし、同条による届出は、医療福祉費受給資格等内容変更届(様式第10号)に受給者証を添えて行うものとする。

- (1) 氏名
- (2) 住所
- (3) 条例第5条に規定する扶養義務者
- (4) 条例第5条に規定する所得の額
- (5) 条例第2条第1号に定める者の支払口座等
- (6) 条例第2条第3号ア(イ)に定める者の障害の程度

(7) 条例第2条第3号ア(ウ)に定める者の在学の状況

(8) 条例第2条第5号に定める者の障害の程度

(9) 受給者が加入している国民健康保険又は医療保険(以下「加入保険」という。)の世帯主又は被保険者若しくは組合員

(10) 対象者の加入保険の保険者及びその所在地又は名称

(第三者の行為による被害の届出)

第11条 医療福祉費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、受給者又は保護者等は、第三者の行為による被害届(様式第11号)を速やかに市長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第12条 市長は、この規則に定める申請書又は届出に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させ

ることができる。

(受給者証の返還)

第13条 受給者が条例第3条に規定する対象者の要件を欠くに至った場合は、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年3月28日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の霞ヶ浦町医療福祉費支給に関する条例施行規則(昭和52年出島村規則第1号)又は千代田町医療福祉費支給に関する条例施行規則(昭和52年千代田村規則第2号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成17年9月27日規則第130号)

1 この規則は、平成17年11月1日から施行する。

2 この規則による改正後のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成20年3月28日規則第9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 この規則による改正後のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成21年5月29日規則第24号）

この規則は、平成21年7月1日から施行する。

附 則（平成22年10月29日規則第42号）

この規則は、公布の日から施行し、平成22年10月1日から適用する。

附 則（平成23年3月31日規則第11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。ただし、様式第2号の改正規定は、公布の日から施行し、平成23年3月22日から適用する。

（経過措置）

2 この規則による改正前のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成24年9月28日規則第25号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前のかすみがうら市医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式について

は、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

附 則（平成26年9月29日規則第34号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日規則第31号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

医療福祉費受給者証(交付・更新)申請書(台帳兼用)

異
区
1. 削除
2. 新規
3. 修正

区分
受給者番号

年度		作成日		住所														
記	1 受給者	個人コード	氏名	性別	生年月日	続柄												
	2 父・母親者						交付認定年月日	交付番号	種別	1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 年金	1. 該当 2. 非該当 3. 無申告該当							
	3 扶養義務者						障害等級	障害名	年金証書等記号番号	支給開始年月	母子区分	1. 母・父 2. 子供 3. 子供のみ						
	4 被保険者						認定											
所得 控 除	前年の所得(控除前)	前年の所得(控除後)	雑損	医療費	社保・定額控除	小規模共済	本籍 特異	扶養 特異	障害 特異	老齢 特異	学 特異	扶養 特異	老 特異	特 特異	免除額災害医療費	控除後の判定所得	判定	判定額
	1 受給者																	
	2 父・母親者																	
	3 扶養義務者																	
加入 医 療 保 険	保険者番号	種別	退職区分	保険区分	取得年月日	喪失年月日	被保険者証又は組合証の記号番号	開始		終了	備考 (前年度受給者等)							
	1							最新										
	2							前										
	3							保										
口座 項目	銀行名	支店名	科目	口座番号	口座名義人(カナ)		経産婦		出産予定日	母子手帳交付日								
取得 格 失	事由	取得年月日	その 他 宛 名 メ モ	電話番号	上記のとおり医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請します。						委任状							
	事由	喪失年月日		メモ欄	年 月 日	かすみがうら市長 住所		医療福祉費期間中の高額療養費の受領についてかすみがうら市長に委任します。		年 月 日	受給者名	印						
附加 給 付 状 況	有・無(代理有・無)	審査 票	1. 課税台帳	申請者 氏名						印								
	有・無(代理有・無)		2. 戸籍簿															
有・無		3. 住民票																
有・無		4. 国保台帳・被保険者証																
有・無		5. 国民年金・福祉年金台帳																

様式第2号(第4条関係)

(表)

㊦ 医療福祉費受給者証									
公費負担者番号									
受給者番号									
被保険者証等の 記号及び番号									
保険種別	国・退・協会・組船・共・国組・後期								
保険者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 【入院のみ有効】または【外来のみ有効】								
茨城県かすみがうら市 ㊦									
交付年月日	年 月 日								

(裏)

注 意 事 項
<p>1 この証は、かすみがうら市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。</p> <p>2 医療費の支給を申請するときは、次のものを持参してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○この証 ○医療機関等に支払った医療費の領収書 ○高額療養費や附加給付の支給決定通知書(医療保険から給付がある場合) ○印鑑 <p>3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに市役所に届け出てください。</p> <p>4 受給資格が無くなったとき、生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかに市役所へ返還してください。</p> <p>[お問い合わせ先] 担当課： 住所： 電話：</p>

様式第2号の2(第4条関係)

(表)

㊦ 妊産婦医療福祉費受給者証	
◎この証は、原則として産科・婦人科を標榜する医療機関を受診するときのみ有効です。	
公費負担者番号	
受給者番号	
被保険者証等の記号及び番号	
保険種別	国・退・協会・組船・共・国組・後期
保険者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	年 月 日 から 出産日の翌月末日まで (出産予定日 年 月 日)
茨城県かすみがうら市 ㊦	
交付年月日	年 月 日

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、かすみがうら市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
2 医療費の支給を申請するときは、次のものを持参してください。 ○この証 ○医療機関等に支払った医療費の領収書 ○高額療養費や附加給付の支給決定通知書(医療保険から給付がある場合) ○印鑑
3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに市役所に届け出てください。
4 受給資格が無くなったとき、生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかに市役所へ返還してください。
◎妊婦の継続と安全な出産のために他診療科等の検査、診断、治療を要する場合は、産科・婦人科を標榜する医療機関からの紹介がある場合は対象となります。
[お問い合わせ先] 担当課： 住所： 電話：

様式第3号(第5条関係)

医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者 氏名	
再交付申請 の理由				
誓 約 書				
受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけることを誓約いたします。				
受給者 ㊟ (注)押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。				
上記のとおり申請します。				
年 月 日				
かすみがうら市長				
申請者住所 〔受給者又は〕氏名 ㊟ 保護者等				
(注)押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。				

様式第4号(第6条関係)

医療福祉費支給申請書				
受給者証 記号番号		受給者氏名		
保険者名及び 被保険者証 記号番号		生年月日		
医療機関等 の名称				
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他()	診療等 を受けた時期	年 月 日から 年 月 日まで	
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)				円
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。				
年 月 日				
かすみがうら市長				
申請者 (受給者又は保護者)		住所		
		氏名		印
		電話番号		
(注) 1. 添付書類 ①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書。 ②高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書。 2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3. ※欄は、市で記入します。				

※ 支給 内 訳	外来・入院区分	入院日数	患者負担金額		
	外来・入院	日	① 円	② 円	
	控 除 額 内 訳	外来自己負担金額	円	入院自己負担金額	円
		他法公費負担額	円	附加給付額	円
		高額療養費	円	その他	円
				控除額計 ③	円
交付決定額		①+②-③		円	

— 振込先 — 支給については下記金融機関への振込みを依頼します。

口座 座 名	金融機関		
	口座名義人		口座番号

様式第8号（第8条の2関係）

医療福祉費外来自己負担金支給申請書

医療福祉費	<input type="checkbox"/> 小児(小学校 3年生まで)		フリガナ		男 ・ 女
受給者証	84080993		受給者名		
公費負担者番号	<input type="checkbox"/> 妊産婦 86080991				生年月日
受給者番号	<input type="checkbox"/> 妊産婦特例				

妊産婦			
母子手帳交付年月日	年 月 日	出産予定日	年 月 日

金融機関名	金融機関コード	：	：	：	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合	支店コード	：	：	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		：	：	：	：	：
口座名義人	フリガナ								
上記の医療福祉費受給者証の交付を受けている期間における医療福祉費外来自己負担金について、上記のとおり申請します。									
年 月 日									
かすみがうら市長									
住所 かすみがうら市									
受給者又は保護者等 氏名 ㊞									
電話番号 — —									

様式第9号（第8条の2関係）

医療福祉費外来自己負担金支給申請書

医療福祉費 受給者証	<input type="checkbox"/> 母子 88080999	フリガナ 父・母の氏名 (受給者)	男 女
公費負担者番号 受給者番号	<input type="checkbox"/> 父子 87080990		
		生年月日	年 月 日生

母子・父子家庭の子

生年月日	氏名	生年月日	氏名
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	

金融機関名	金融機関コード	<input type="checkbox"/> 銀行	支店コード	<input type="checkbox"/> 本店
		<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			

上記の医療福祉費受給者証の交付を受けている期間における医療福祉費外来自己負担金について、上記のとおり申請します。

年 月 日

かすみがうら市長

住所 かすみがうら市

受給者又は
保護者等 氏名

㊦

電話番号 — —

様式第10号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

届出事項		変更前	変更後	変更年月日
氏名				
住所				
扶養義務者		対象者又はその父母との続柄	対象者又はその父母との続柄 ()	
所得		円	円	
支払い口座等		金融機関名 支店名 口座種別 口座番号 口座名義人	金融機関名 支店名 口座種別 口座番号 口座名義人	
障害の程度			級	
高校等在学状況		学校名等	学校名等	
加入保険の世帯主 被保険者 組合員			世帯主 被保険者 組合員	
種別 番号 保険者の 名称 所在地			協・組・日・船・共・国・国組・後期	
被保険者証の 記号番号				
<p>医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。</p> <p>年 月 日</p> <p>かすみがうら市長</p> <p style="text-align: center;">住所 届出者 氏名 印</p> <p>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>				

様式第11号(第11条関係)

第三者の行為による被害届			
公費負担者番号		対象者	男女
受給者番号		氏名	年 月 日生
その事故の要旨等 (日時、場所、状況等)			
疾病又は負傷の 状 況			
第三者の住所(居 所)及び氏名(名称) 日時、住所(居所) が明らかでないと きはその旨			
示談の有無	有、無(示談があった場合は示談書の写しを添えること。)		
損害賠償金の額			
上記金額の受領 年月日(見込み)	年 月 日		
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>かすみがうら市長</p> <p style="text-align: right;">届出人 (受給者又は住所 保護者等) 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>			

(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。

押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。

様式第1号（第3条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第2号の2（第4条関係）

様式第3号（第5条関係）

様式第4号（第6条関係）

様式第5号（第7条関係）

様式第6号 削除

様式第7号 削除

様式第8号（第8条の2関係）

様式第9号（第8条の2関係）

様式第10号（第10条関係）

様式第11号（第11条関係）