

○高島市福祉医療費助成条例施行規則

平成17年1月1日

規則第51号

改正 平成17年7月25日規則第244号

平成18年3月2日規則第4号

平成18年7月25日規則第70号

平成20年3月24日規則第14号

平成22年4月1日規則第20号

平成24年4月1日規則第31号

平成25年3月11日規則第8号

平成26年7月7日規則第54号

平成26年9月29日規則第58号

(趣旨)

第1条 この規則は、高島市福祉医療費助成条例(平成17年高島市条例第145号。以下「条例」という。)の施行に関して必要な事項を定めるものとする。

(条例第2条第8号の規則で定める施設)

第2条 条例第2条第8号に規定する施設は、次に掲げるものとする。

- (1) 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(平成17年法律第123号)第5条第6項に規定する療養介護サービスを実施する施設
- (2) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第7条に規定する障害児入所施設

(条例第2条第9号および条例第3条の規則で定める額)

第3条 条例第2条第9号および条例第3条の規則で定める額は、次の各号の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める額とする。

- (1) 重度心身障害者(児) 国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令(昭和61年政令第54号。以下「措置令」という。)第52条の表第6条の4第1項に規定する額
- (2) 重度心身障害者(児)の配偶者または重度心身障害者(児)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主として当該重度心身障害者(児)の生計を維持するもの(以下「扶養義務者等」という。) 措置令第52条の表第5条の4第2項の項下欄に規定する額

(条例第2条第9号の規則で定める施設)

第4条 条例第2条第9号に規定する施設は、児童福祉法第7条に規定する児童福祉施設のうち次に掲げるものとする。

- (1) 乳児院
- (2) 児童養護施設
- (3) 情緒障害児短期治療施設
- (4) 児童自立支援施設

(条例第2条第9号の市長が医療費の助成を必要と認める者)

第5条 条例第2条第9号に規定する市長が医療費の助成を必要と認める者は、他の市町村の区域内に所在する条例第2条第8号に規定する障害者支援施設等(以下「障害者支援施設等」という。)に入所している重度心身障害者(児)であつて、当該重度心身障害者(児)またはその扶養義務者等の前年の所得(1月から7月までの間の医療に係る福祉医療費については、前々年の所得とする。)が第3条で定める額を超えないものであり、かつ、当該重度心身障害者(児)が未成年や無年金である等の理由により障害者支援施設等の入所に要する費用をその扶養義務者等が負担している場合において、その扶養義務者等が他の市町村から市の区域内に住所を変更したと認められる場合とする。

(附加給付の取扱い)

第6条 助成対象者または保護者は、当該助成対象者が附加給付を行う定めのある保険者または共済組合の組合員または被扶養者であるときは、受給券の交付の申請と同時に附加給付返還確約書(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

2 助成対象者または保護者は、医療の給付を受けた助成対象者に係る附加給付を当該保険者または共済組合から支給されたときは、市長が別に定める方法により、当該給付を受けた附加給付に相当する額を市長に返還しなければならない。

(条例第4条第4項の規則で定める額)

第7条 条例第4条第4項前段の規則で定める額は、重度心身障害者(児)、ひとり暮らし寡婦およびひとり暮らし高齢寡婦にあつては、措置令第52条の表第6条の4第1項に規定する額、母子家庭の母等および父子家庭の父等にあつては、措置令第46条第4項に規定する額とする。

2 条例第4条第4項後段の規則で定める額は、措置令第52条の表第5条の4第2項の項下欄に規定する額とする。

(条例第4条第5項の規則で定める所得の範囲およびその額の計算方法)

第8条 条例第4条第5項に規定する所得の範囲およびその額の計算方法は、国民年金法施行

令等の一部を改正する等の政令(昭和61年政令第53号)第1条の規定による改正前の国民年金法施行令(昭和34年政令第184号。以下「旧国年政令」という。)第6条および第6条の2に規定する所得の範囲および計算方法とする。

(受給券の申請)

第9条 条例第5条第1項に規定する受給券(様式第2号その1、その2、その3)の交付申請をしようとする者は、福祉医療費受給券交付申請書(様式第3号その1、その2)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、条例第5条第1項の規定により母子世帯から交付申請があった場合には、母子家庭福祉医療証明書(様式第3号その7)を添付させなければならない。ただし、市長において母子世帯の確認ができる場合は、母子家庭福祉医療証明書の添付は必要ないものとする。

3 市長は、条例第5条第1項の規定により父子世帯から交付申請があった場合には、父子家庭福祉医療証明書(様式第3号その8)を添付させなければならない。

4 市長は、条例第5条第1項の規定によりひとり暮らし寡婦およびひとり暮らし高齢寡婦から交付申請があった場合には、ひとり暮らし(高齢)寡婦申立書(様式第3号その9)を添付させなければならない。ただし、申立書の内容に疑義を認めるときは、ひとり暮らし(高齢)寡婦調査票(様式第3号その10)に基づき実態調査をするものとする。

(受給券の更新)

第10条 受給券は、条例第4条第4項の規定に該当しないことを確認するため、有効期間を定めるものとする。

2 助成対象者または保護者は、受給券の有効期間の満了後も引き続き福祉医療費の助成を受けようとするときは、当該受給券の有効期間満了の2か月前から1か月前までの間に福祉医療費受給券更新申請書(様式第3号その2、その3)に受給券および必要書類を添えて市長に提出し、更新を受けることができる。

(受給券の再交付)

第11条 受給券の交付を受けた者は、受給券を破損し、汚損し、または亡失したときは、福祉医療費受給券再交付申請書(様式第4号)を市長に提出し、再交付を受けることができる。

2 受給券を亡失した者は、受給券の再交付を受けた後、亡失した受給券を発見したときは、直ちにこれを市長に返還するものとする。

(受給券の返還)

第12条 受給券の交付を受けた者は、次の各号のいずれかに該当することとなったときは、

速やかに市長に受給券を返還しなければならない。

- (1) 助成対象者でなくなったとき。
- (2) 条例第4条第2項第2号の規定に該当する者となったとき。
- (3) 条例第4条第4項の規定により助成されない者となったとき。

(助成の申請)

第13条 条例第6条第1項の規定による申請は、福祉医療費助成申請書(様式第5号)に当該医療に要した費用の額を証する書類、その他市長が必要と認める書類を添えて行うものとする。

2 助成対象者が、滋賀県外の保険医療機関等において医療の給付を受けたとき、または医療保険各法の規定に基づく療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給の対象となる医療の給付を受けたときで、前項の申請をしようとする場合には、医療保険各法の規定に基づき、保険者または共済組合の当該医療に要した費用に関する療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給決定通知書またはこれに代わる証明書等を添えて行うものとする。

(福祉医療費の支払)

第14条 市長は、前条第1項および第2項の規定により福祉医療費助成申請書の提出があったときは、当該助成すべき金額を申請者に支払うものとする。

(支払の特例)

第15条 市長は、条例第7条の規定に基づき、保険医療機関等から、医療の給付を受けた助成対象者が、当該保険医療機関等に支払うべき費用の診療報酬請求書(医科・歯科)、訪問看護療養費請求書、調剤報酬請求書、国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書(様式第6号)または福祉医療費請求書(連名簿)(様式第7号)を受領したときは、当該請求書に基づき当該助成すべき額に相当する金額を当該保険医療機関等に支払うものとする。

(支払方法)

第16条 市長は、条例第7条および前条の規定により、保険医療機関等に支払うべき額の支払に関する事務を、滋賀県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(届出)

第17条 条例第10条第1項に規定する規則で定める変更は、次に定めるとおりとする。

- (1) 助成対象者または助成対象者の保護者の居住地および氏名
- (2) 保険者または共済組合の名称または所在地

(3) 保険給付の内容

(4) 附加給付の有無

(5) 障害程度の変更

(6) 母等または父等が配偶者のない女子または男子でなくなったとき。

(7) 母等または父等が児童のすべてを扶養しなくなったとき。

(8) 児童が母等または父等に扶養されなくなったとき。

(9) ひとり暮らし寡婦またはひとり暮らし高齢寡婦でなくなったとき。

2 条例第10条第1項の届出は、福祉医療費助成対象者等届出書(様式第8号)によるものとする。

(その他)

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

付 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年1月1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、合併前のマキノ町福祉医療費助成条例施行規則(昭和48年マキノ町規則第6号)、今津町福祉医療費助成条例施行規則(昭和48年今津町規則第6号)、朽木村福祉医療費助成に関する条例施行規則(昭和48年朽木村規則第4号)、安曇川町福祉医療費助成条例施行規則(昭和48年安曇川町規則第13号)、高島町福祉医療費助成条例施行規則(昭和48年高島町規則第14号)または新旭町福祉医療費助成条例施行規則(昭和55年新旭町規則第12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。

付 則(平成17年7月25日規則第244号)

この規則は、平成17年8月1日から施行する。

付 則(平成18年3月2日規則第4号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

付 則(平成18年7月25日規則第70号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

ただし、様式第3号の改正規定は、平成18年8月1日から施行する。

付 則(平成20年3月24日規則第14号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

付 則(平成22年4月1日規則第20号)

この規則は、平成22年8月1日から施行する。

付 則(平成24年4月1日規則第31号)

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

付 則(平成25年3月11日規則第8号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

付 則(平成26年7月7日規則第54号)

この規則は、平成26年8月1日から施行する。

付 則(平成26年9月29日規則第58号)

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

※ 受給券記号	福祉番号	受給者番号
符号番号		

年 月 日

高島市長

住 所
氏 名



附 加 給 付 返 還 確 約 書

(助成対象者名)

が高島市の福祉医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けたと

(被保険者名)

きは、家族療養費附加金相当額を に代って医療機関等に支払ってください。

(保険者等の名称)

なお、 から家族療養費附加金を支給されたときは、さきに医療機関等に支払っていただいた家族療養費附加金相当額を高島市の指定される方法により返還することを確約します。

(注)1 ※印欄は記入しないでください。

2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第2号(その1)(第9条関係)

(表)	
滋賀県内のみ有効	
福祉医療費受給券	
福祉番号	受給者番号
居住地	
氏名	
生年月日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関の長および印	滋賀県高島市長
交付年月日	
自己負担金	自己負担金が有る場合には福祉医療費助成条例別表に定める以下の自己負担金が必要です。 入院：1日当たり1,000円(月額14,000円限度) 通院：1診療報酬明細書当たり500円 (ただし、調剤報酬明細書には適用しない。)

高島市役所 TEL. 0740-25-8000

(裏)

注意事項

- この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担相当分を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証または組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関等に届け出てください。
- この券を破損し、汚損し、または亡失したときは、市長から再交付を受けてください。
- 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに市長に返してください。
- この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代および室料差額等の経費は、公費負担されません。
- この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福祉医療費助成番号

県事業	41	重度心身障害者(児)
	43	母子家庭
	44	父子家庭
	45	ひとり暮らし高齢者
市町村事業	47	重度心身障害者(児)
	49	母子家庭等

様式第2号(その2)(第9条関係)

(表)

滋賀県内のみ有効			
㊦ 福祉医療費受給券(乳幼児)			
平成18年10月改正			
福祉番号	住所	受給者番号	
受給者氏名	居住地		
生年月日			
有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	
発行機関の長及び印	滋賀県高島市長		
交付年月日			
自己負担金	自己負担金が有る場合には福祉医療費助成条例別表に定める以下の自己負担金が必要です。 入院：1日当たり 1,000円(月額14,000円限度) 通院：1診療報酬明細書当たり 500円 (ただし、調剤報酬明細書には適用しない)		

(裏)

注 意 事 項

- この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担相当分(福祉医療費助成条例別表に定める自己負担金を除く。)を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証または組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関等に届け出てください。
- この券を破損し、汚損し、または亡失したときは、市長から再交付を受けてください。
- 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに市長に返してください。
- この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代および薬料差額等の経費は、公費負担されません。
- この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福祉医療費助成番号

県事業	40	乳幼児
-----	----	-----

様式第2号(その3)(第9条関係)

(表)

滋賀県内のみ有効			
福祉医療費受給券			
福 番	社 号	受 給 者 番 号	
受 給 者	居 住 地		
	氏 名		
	生 年 月 日		
有 効 期 間		年 月 日から	
		年 月 日まで	
発行機関 の長および 印	滋賀県高島市長		
交 付 日 月 日			
自 己 負 担 割 合			

高島市役所 TEL. 0740-25-8000

(裏)

注 意 事 項

- この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担金(ただし、健康保険法または高齢者の医療の確保に関する法律の規定の例による一部負担金等を除く。)を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証または組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関に届け出てください。
- この券を破損し、汚損し、または亡失したときは、市長から再交付を受けてください。
- 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに市長に返してください。
- この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代および室料差額等の経費は、公費負担されません。
- この券は、他人に譲渡することはできません。

福祉医療費助成番号

県 事 業	46	ひとり暮らし高齢寡婦
-------------	----	------------

様式第3号(その1)(第9条関係)

福祉医療費受給券交付(更新)申請書(乳幼児用)

年 月 日

高島市長

次のとおり、高島市福祉医療費助成条例施行規則第9条の規定により、受給券を交付(更新)されたく申請します。なお、申請(更新)にあたり、受給申請時および受給期間中に世帯の所得・税額等の状況を調査・確認すること、助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について、調査・確認することに同意します。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印

保 護 者	氏 名		男・女	助成対象者 との続柄 () □児童手当受給者 □主たる生計維持者
	居 住 地			

第	子	助成対象児童名	性別	生年月日	居 住 地	加入医療保険		附加 給付	※ 受給者 番 号
						記号番号・保険者名	被保険者名		
			男・女	年 月 日 (歳)		保険者名		有・無	
						記号・番号			
						所在地		有・無	
						被保険者名	続柄()		
			男・女	年 月 日 (歳)		保険者名		有・無	
						記号・番号			
						所在地		有・無	
						被保険者名	続柄()		
			男・女	年 月 日 (歳)		保険者名		有・無	
						記号・番号			
						所在地		有・無	
						被保険者名	続柄()		

注意事項

- 健康保険の被保険者証または組合員証をご持参ください。
- 母子健康手帳をご持参ください。
- 県内の他の市町から転入した場合は、旧受給券を提示してください。
- 申請書の※欄は記入しないでください。
- 保護者本人が申請者として署名する場合は、印かんは不要です。
- 保護者については、原則として児童手当受給者となりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者の氏名を記入してください。

(表)
福祉医療費受給券〔交付更新〕申請書

① 氏名	男女別	生年月日	現住所	C 加入医療保険		助成対象の要否	
				記号番号・保険者名・所在地	附給の有無		
A 本人(母等)続柄	男	年月日		記号番号	保険者名	有・無	
	女	年月日		所在地		要否	
	B 18歳未満の児童(母・父等の扶養する)	男	年月日		記号番号	保険者名	有・無
		女	年月日		所在地		要否
		男	年月日		記号番号	保険者名	有・無
女	年月日		所在地		要否		
② 配偶者	男女	年月日		記号番号	保険者名	有・無	
③ 扶養義務者	男女	年月日					
④ 保護者	男女	年月日					
所得状況							
扶養親族等控除		助成対象者の所得状況		配偶者の所得状況		③の扶養義務者の所得状況	
⑤ 控除対象配偶者および扶養親族の合計数(うち障害・老人扶養親族の数)		人(障)	人(老)	人(障)	人(老)	人(障)	
⑥ 前年の所得額		円		円		円	
⑦ 控除		円		円		円	
雑損		円		円		円	
医療費		円		円		円	
社会保険料等相当額		円		円		円	
小規模企業共済等掛金		円		円		円	
配偶者特別控除		円		円		円	
障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者および扶養親族の合計数		人	※	人	※	人	
特別障害者である控除対象配偶者および扶養親族の合計数		人	※	人	※	人	
障害者、特別障害者、寡婦(夫)、勤労学生等の別		障特障老寡勤	※	障特障老寡勤	※	障特障老寡勤	
円		円		円		円	
地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額		円		円		円	
本年の災害		円	※	円	※	円	
※控除後の所得額		円		円		円	
※課税の区分		市町村民税	非課税、課税	非課税、課税		非課税、課税	
⑧ 身体障害者手帳番号		号	1、2、3級	⑩特別児童扶養手当証書番号	号	級	
⑨ 療育手帳番号		号	A、B	⑪児童扶養手当証書番号			
				⑫年金証書番号			
上記のとおり福祉医療費受給券の〔交付更新〕を申請します。							
年 月 日							
申請者 住所 氏名							
高島市長							

- 裏面の注意をよく読んで書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 重度心身障害者(児)の方は、身体障害者手帳または療育手帳を持参してください。
- ご本人が署名する場合には、押印は不要です。

(裏)

注 意

この用紙は、福祉医療費受給券交付申請書または福祉医療費受給券更新申請書を提出する際に使用してください。
受給券の交付申請をする場合には、標題の更新の字句を抹消して提出してください。
また、受給券の更新申請をする場合には、標題の交付の字句を抹消して提示してください。

①の欄

「本人」A欄には、助成対象者本人について記入してください。

ただし、母子家庭の場合には、18歳未満の児童を扶養している配偶者のない女子(以下「母等」という。)について記入してください。
「母等の扶養する18歳未満の児童」B欄には、当該母子家庭の母等が現に扶養し、医療費給付の対象となる18歳未満の児童について記入してください。

また、父子家庭の場合には、18歳未満の児童を扶養している配偶者のない男子(以下「父等」という。)について記入してください。
「父等の扶養する18歳未満の児童」B欄には、当該父子家庭の父等が現に扶養し、医療費給付の対象となる18歳未満の児童について記入してください。

ただし、B欄は、母子家庭・父子家庭以外の場合には記入する必要がありません。

「加入医療保険」C欄には、持っておられる医療保険証により記号番号、保険者名、所在地を記入してください。

なお、附加給付の有無については、該当するものを○で囲んでください。(更新申請の場合は、記入する必要はありません。)

②の欄

「配偶者」欄には、①の欄「本人」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。

③の欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者(本人)の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。

④の欄

「保護者」欄には、「乳幼児」「重度心身障害者(児)」について医療の公費負担を受けようとする人について、当該乳幼児、重度心身障害者(児)を常時介護している人について記入してください。この場合、③の欄と同一人になる場合があります。

⑤の欄

(※母子家庭・父子家庭であって現に児童扶養手当または母子福祉年金を受給している場合は、⑤⑥⑦の欄については記入する必要はありません。)

「控除対象配偶者および扶養親族の合計数(うち障害・老人扶養親族の数)」欄には、所得税法に定める控除対象配偶者および扶養親族の合計数を記入してください。

なお、所得税法に定める障害・老人扶養親族があるときは、その人の数を()内に再掲してください。

⑥の欄

「前年の所得額」欄には、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、長期・短期譲渡所得金額および土地等に係る事業所得等の金額の合計額を記入してください。

なお、所得の額がないときは「なし」と記入してください。

⑦の欄

1) 「雑損」「医療費」「社会保険料等相当額」「小規模企業共済等掛金」欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、社会保険料控除、小規模企業共済掛金控除を受けたときに、それぞれの控除額を記入してください。ただし、「社会保険料等相当額」欄の記入の中で、母子家庭・父子家庭については、一律8万円を記入すること。

2) 「障害者(特別障害者を除く。)」である控除対象配偶者および扶養親族の合計数」欄には、⑤の欄の控除対象配偶者および扶養親族のうち地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

3) 「特別障害者である控除対象配偶者および扶養親族の合計数」欄には、⑤の欄の控除対象配偶者および扶養親族のうち地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。

4) 「障害者・特別障害者・寡婦(夫)・勤労学生(の別)」欄には、地方税法に定める特別障害者以外の障害者もしくは特別障害者、寡婦(夫)または勤労学生であるときに該当するものを○で囲んでください。

5) 「地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額」欄には、地方税法附則第6条第2項(内用牛の売却による農業所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を記入してください。

租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条(土地改良事業施行地の後作所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を記入してください。

6) 「本年の災害」欄には、母子家庭・父子家庭の場合に、児童扶養手当法(昭和36年法律第238号)第12条に基づくその損失の金額を記入してください。

⑧の欄

「身体障害者手帳番号」欄には、助成対象者(本人)が身体障害者手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号を記入し、等級については、該当する数字を○で囲んでください。

⑨の欄

「療育手帳番号」欄には、助成対象者(本人)が療育手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号を記入し、障害の程度について該当する文字を○で囲んでください。

⑩の欄

「特別児童扶養手当証書番号」欄には、助成対象者(本人)または助成対象者を扶養している者が特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、特別児童扶養手当を受給している場合は、交付している手当証書の番号を記入してください。

なお、中度障害等で当該手当を受給している場合は、記入の必要はありません。

⑪の欄

「児童扶養手当証書番号」欄には、助成対象者(本人)が児童扶養手当法に基づく児童扶養手当を受給している場合は、交付している手当証書の番号を記入してください。

⑫の欄

「年金証書番号」欄には、助成対象者(本人)が年金を受給している場合は、当該年金証書の番号を記入してください。

添付書類

① 知的障害者

児童相談所、更生相談所が発行した判定書または判定証書(ただし、療育手帳所持者は除く。)

② 母子家庭、父子家庭

民生委員児童委員、母子・父子自立支援員またはひとり親家庭福祉推進員が証明した様式第3号(その7)または様式第3号(その8)による証明書(ただし、現に児童扶養手当または遺族基礎年金等の受給により、母子家庭・父子家庭の確認ができる場合は、添付の必要はありません。)

③ ひとり暮らし寡婦、ひとり暮らし高齢寡婦

様式第3号(その9)によるひとり暮らし(高齢)寡婦申立書

様式第3号(その7)(第9条関係)

母子家庭福祉医療証明書

助 成	氏 名		性別	生 年 月 日	現 住 所
	本人(母等)	続柄			
対 象 者	未 満 の 児 童 の 扶 養 す る 18 歳		男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		

上記のとおり母子家庭であることを証明します。

年 月 日

民生委員児童委員 }
母子・父子自立支援員 }
ひとり親家庭福祉推進員 }



様式第3号(その8)(第9条関係)

父子家庭福祉医療証明書

助 成	氏 名		性別	生年月日	現 住 所
	本人(父等)	続 柄			
対 象 者			男・女		
			男・女		
			男・女		
			男・女		

上記のとおり父子家庭であることを証明します。

年 月 日

民生委員児童委員
母子・父子自立支援員
ひとり親家庭福祉推進員



様式第3号(その9) (第9条関係)

ひとり暮らし 寡婦
高齢寡婦 申立書

氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
住所			
1 母子家庭として子供を養育していた時期	氏名	養育していた期	養育していた住 所 地
	第1子		
	第2子		
	第3子		
2 児童扶養手当の受給状況	ア 受給していた イ 受給していなかった		
3 現在の世帯の状態	ア ひとり暮らし イ しばらくの間ひとり暮らし (年 月 日ごろまで)		
4 ひとり暮らしになった時期	年 月 日ごろ		
5 ひとり暮らしになった理由	ア 死別 イ 別居 ウ その他()		
6 あなたの親、兄弟姉妹子供の状況	ア 有(下の表に記入してください) イ 無		
	氏名	年齢	性別
	現住所	続柄	交流の有無
7 あなたの健康状況	ア 健康 イ 弱い ウ 病気がち		
8 あなたの主な収入	ア なし イ 事業または勤労収入 ウ 財産収入 エ 年金等 オ 仕送り カ その他()		
9 あなたへの連絡方法	・電話() ・その他()		
申請年月日	年 月 日	結果	

(注) 太線の中だけ記入してください。

様式第3号(その10) (第9条関係)

ひとり暮らし 寡婦
高齢寡婦 調査票

年 月 日調査
調査者 職氏名 _____ ㊟

氏 名		生年月日	年 月 日生(歳)
住 所			
1 母子家庭として子供を養育していた時期	氏 名	養育していた 期 間	養育していた 住 所 地
	第1子		
	第2子		
	第3子		
2 児童扶養手当の受給状況	ア 受給していた イ 受給していなかった		
3 世帯区分	ア 単身 イ 一定期間単身(年 月ごろまで)		
4 ひとり暮らしになった時期	年 月 日ごろ		
5 ひとり暮らしになった理由	ア 死別 イ 別居 ウ その他()		
6 扶養義務者等の状況	ア 有(下のとおり) イ 無		
	氏 名	年齢	性別
	現 住 所	続柄	交流の有無
7 健康の状況	ア 健康 イ 弱い ウ 病気がち		
8 主な収入源	ア 無職 イ 事業または勤労収入 ウ 財産収入		
	エ 年金等 オ 仕送り カ その他 ()		
適否判定	適・否	認定年月日	年 月 日 受給券の始期
			年 月 日

様式第4号(第11条関係)

<p>福祉医療費受給券再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>高島市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ㊟</p> <p>福祉医療費受給券を { 汚損 } { 破損 } しましたので再交付されたく申請します。 { 亡失 }</p>			
助成対象者	受給券	福祉番号	受給者番号
	居住地		
	氏名		生年月日
保護者	住所 (居住地)		
	氏名		
再交付申請の理由			

- (注) 1 汚損、破損した受給券を添付してください。
2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第5号(第13条関係)

科 歯	福祉医療費助成申請書	医 科
年 月 日		
高島市長		
住所 申請者 氏名		
㊦		
高島市福祉医療費助成条例施行規則第13条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。		
助成申請額	金	円
受療年月	年 月 日 分 (入院・通院)	
受給券	福祉番号	受給者番号
助成対象者氏名		
保険者名		
摘要		
添付事項		
1		
2		
3		
(注) ※印欄は記入しないでください。		※ 支払決定額 円

様式第6号(第15条関係)

国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書

登録記号番号 _____

年 月 分 下記のとおり請求する。

年 月 日

保 険 者 番 号					

所在地
施 術 所 名 称
電話番号

保険者
市 町

柔道整復師 氏 名

		件数	実日数	金 額	一部負担金
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上8割)	請求 91			
		※決定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 81			
		※決定			
	一般被保険者	請求 71			
		※決定			
	一般被保険者 (未就学児)	請求 31			
		※決定			
	本 人	請求 851			
		※決定			
	70歳以上 8割	請求 971			
		※決定			
	70歳以上 7割	請求 871			
		※決定			
	被扶養者	請求 771			
		※決定			
	未就学児	請求 371			
		※決定			
後期高齢者 9割	請求 93				
	※決定				
後期高齢者 7割	請求 83				
	※決定				
福祉医療費	請求 401				
	※決定				

備考

- 1 この用紙は、クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。
- 3 福祉医療費には、福祉医療にかかるものを記入してください。

福祉医療費請求書(連名簿)

No. _____

年 月 日 下記のとおり請求する。		事業区分 9		医療機関所在地		医療機関コード		⑩		点数表区分		長 公		再別番号
		地理区分 2		名称・開設者氏名										
区分	受給者氏名	保険者番号	公費番号①	公費受給者番号①	診療年月	給付割合	本家	日数	請求点数 (差額の場合は合計)	一部負担金 (差額の場合は一部負担金)	公費分点数①	公費分点数②	公費対象患者負担額①	公費対象患者負担額②
	性別	生年月日	被保険者証記号	被保険者証番号										
1														
2														
3														
4														
5														
6														
1	合 計				件数									

様式第8号(第17条関係)

福祉医療費助成対象者等届出書			
			年 月 日
高島市長			
			住所
			届出者 氏名 ㊟
高島市福祉医療費助成条例施行規則第17条の規定により変更届をします。			
受 給 券		福祉番号 受給者番号	
変更 お よ び 届 出 事 項	助 成 対 象 者	本 人 (母等・父等)	現住所
			氏名
	母 等 ・ 父 等 の 扶 養 す る 18 歳 未 満 の 児 童	続 柄	現住所
			氏名
			現住所
			氏名
	保 護 者	現住所	
		氏名	
	保 険 者 等	名称	
		所在地	
保険給付の内容			
附加給付の変更			
理由			1 障害程度の変更 2 母子・父子要件の変更
第 三 者 行 為 の 負 傷			1 相手方の { 住所 氏名
			2 第三者行為の発生状況の概要
			3 相手方の費用負担率 未定 確定(割)

○ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(その1)(第9条関係)

様式第2号(その2)(第9条関係)

様式第2号(その3)(第9条関係)

様式第3号(その1)(第9条関係)

様式第3号(その2)(第9条、第10条関係)

様式第3号(その3)から様式第3号(その6)まで 削除

様式第3号(その7)(第9条関係)

様式第3号(その8)(第9条関係)

様式第3号(その9)(第9条関係)

様式第3号(その10)(第9条関係)

様式第4号(第11条関係)

様式第5号(第13条関係)

様式第6号(第15条関係)

様式第7号(第15条関係)

様式第8号(第17条関係)