

鹿屋市ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則
鹿屋市ひとり親家庭医療費助成に関する条例施行規則（平成18年鹿屋市規則第95号）の一部を次のように改正する。

第4条第1項第1号中「及び助成対象者等の住所及び氏名」を「、助成対象者等の住所、氏名及び個人番号」に改める。

別記第1号様式を次のように改める。

別記第5号様式を次のように改める。

第5号様式（第4条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

鹿屋市長 様

届出者 氏名
連絡先

下記のとおり変更したので、受給資格者証を添えて届け出ます。

受給資格者証番号			
受給者氏名		性別	男・女
生年月日		年 月 日	
変更年月日		年 月 日	
		変更前	変更後
1 氏名			
2 個人番号			
1 氏名			
2 個人番号			
1 氏名			
2 個人番号			
3 住所			
4 加入医療保険			
(1) 被保険者	氏名		男・女
	生年月日		
	個人番号		
	住所		
(2) 保険者名			
(3) 記号番号			
(4) 付加給付の内容			
5 受給資格の該当要件			
6 受給者のうち一部の者に			
7 振込先金融機関			
8 その他			

注 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

別記第8号様式を次のように改める。

附 則

- 1 この規則は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に存する様式は、当分の間、必要な修正をしてこれを使用することができる。

別記

第1号様式（第3条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者証交付（更新）申請書

① 申請者	フリガナ名 氏			男女	生年月日	年 月 日生		⑥ 加入医療保険	保 険 の 種 類	1 国保	2 協会けんぽ	3 組合	4 共済	5 船員	
	個人番号								被 保 険 者	氏 名			男・女	申 請 者 の 柄 と 続	
	住 所	〒								生 年 月 日	年 月 日生				
	職 業			勤務先						個 人 番 号					
	勤 務 先 地	〒							住 所						
	生活保護の受給状況	受給（年月日から） 非受給		児童扶養手当の受給状況	受給（年月日から） 非受給					被 保 険 者 証 記 号 番 号					
	②ひとり親家庭となった事由	ア 離婚 イ（父、母）死亡 オ（父、母）遺棄 ウ（父、母）障害 エ（父、母）生死不明 ク キかどうか不明 ケ 父母死亡 コ（父、母）保護命令 サ その他（ ）								保 険 者 名					
③ 家族の状況	フリガナ名 氏	個人番号 生年月日	続柄	性別	同居・別居の別	※対象・非対象の別	備考	所得の状況	年 分 所 得	⑦申請者	⑧配偶者	⑨扶養義務者			
									個 人 番 号						
									氏 名						
									⑩ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人	人		
									うち老人扶養親族の数	人	人	人	人		
									うち特定扶養親族の数	人	人	人	人		
									うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養の数	人					
									⑪ 上記以外で前年12月31日において申請者によって生計を維持している児童数	人					
									⑫ 所得額	円	円	円	円		
									⑬ 養育費の額	円					
							養育費の8割相当額	(円)							
							⑭ 所得額計	円	円	円	円				
							⑮ 障害者である同一生計配偶者数及び親族の数	障	(人)	(人)	(人)	(人)			
						特障		円	円	円	円				
							⑯ 障害者・特別障害者・ 高齢者・寡婦（寡夫） ・勤労学生等の別	(老・寡・特寡・勤)	(老・寡・特寡・勤)	(老・寡・特寡・勤)	(老・寡・特寡・勤)				
						円		円	円	円					
							⑰ その他の控除	円	円	円	円				
							⑱ 社会保険料等相当額	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円				
							⑲ 控除額計	円	円	円	円				
							⑳ 控除後の所得額	円	円	円	円				
							※ ㉑ 所得限度額	円	円	円	円				
注 確認書類は、次の書類番号を記入のこと。 〔1 身障手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 特別児童扶養手当 5 その他（ ）〕								上記のとおり、ひとり親家庭医療費 受給者証の交付を申請します。 助成事業の現況を届出します。 なお、資格登録に際し、申請者世帯及び扶養義務者の地方税関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。							
⑤ 振込先 金融機関	銀行・金庫 信組・農協		本店 支店	1 普通 2 当座	口座番号	名義人		年 月 日 鹿屋市長 様 住所 鹿屋市 氏名							
申請した医療費助成金は、上記口座へ振込を依頼します。															
※ 添付書類	戸籍謄本（抄本） 住民票 所得証明書 保護命令決定書 認定調書 養育費等に関する申告書 <提示>児童扶養手当証書 健康保険証														
※ 公簿確認															

注 ※の欄は記入しないでください。

(裏)

〔記入上の注意〕

- 1 ①の欄
(1)「氏名、生年月日、住所」欄は、戸籍又は住民票に記載されているとおり記入してください。住所と住民登録地が違うときは、現住所を()書きで記入してください。
(2)「生活保護、児童扶養手当」受給状況欄は該当するものを○で囲み、受給している場合には、受給開始年月日を記入してください。
- 2 ②の欄
ひとり親家庭となった事由について、該当する記号を○で囲んでください。
- 3 ③の欄
申請者及び児童(18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。)について記入してください。
- 4 ④の欄
児童に障害があるときは、氏名と障害名を記入してください。
- 5 ⑤の欄
支給される医療費の振込先金融機関を記入してください。
- 6 ⑥の欄
「保険の種類」は、該当する番号を○で囲んでください。
「国保」は国民健康保険、「協会けんぽ」は全国健康保険協会管掌健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「共済」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済、「船員」は船員保険の略です。
- 7 ⑧の欄
事実上の婚姻関係にある配偶者も含みます。
- 8 ⑨の欄
あなたと生計を同じくしている(あなたが養育者であるときは、あなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
- 9 ⑩の欄
地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、地方税法に定める老人扶養親族、特定扶養親族及び16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族があるときは、その数を再掲してください。
- 10 ⑪の欄
当該児童がいる場合は、児童名、児童の生年月日、続柄、住所及び同居、別居の別を記入してください。

- 11 ⑫の欄
前年の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- 12 ⑬の欄
申請者が父又は母である場合には、その監護する児童の父又は母から対象児童についての扶養義務を履行するための費用として前年に受け取った金品等の所得の金額を記入するとともに、その金額の8割に相当する額(1円未満四捨五入)を別記してください。
- 13 ⑭の欄
⑫の欄の所得額と⑬の欄で計算した養育費の8割に相当する額(1円未満四捨五入)の合計額を記入してください。
- 14 ⑯の欄
申請者が父又は母である場合には、寡夫控除、寡婦控除及び寡婦控除特別加算の額は控除しません。
- 15 この申請書に下記の書類を添えてください。
(1)あなたと児童及び被保険者の健康保険証又はマイナンバーカード
(2)あなたと児童の戸籍の謄本又は抄本(あなたが養育者であるときは、児童の父母の戸籍又は除籍謄本又は抄本)
(3)世帯全員の住民票の写し(続柄表示のあるもの)。ただし、公簿閲覧により確認できる場合は必要ありません。
(4)本年1月2日以後現住所に転入された方は、前の住所地の市町村長の所得証明書
(5)ひとり親家庭認定調書
(6)養育費等に関する申告書
(7)④に記入の場合は、障害の程度を確認できる書類
(8)児童扶養手当を受けている方は、児童扶養手当証書(児童扶養手当証書を提示できる方は上記(2)から(7)までの書類は必要ありません。)
- ※ この申請書を現況届とする場合は、上記(3)から(6)までの書類を添えてください。
- 16 申請について、不明な点は担当の職員におたずねください。

第8号様式（第7条関係）

ひとり親家庭医療費助成金支給申請書									
鹿屋市長			様			年 月 日			
申請者住所	鹿屋市								
申請者氏名 (対象者又は保護者)					連絡先電話番号 (自宅・携帯)				
証番号					加入医療保険	被保険者氏名			
対象者	フリガナ					記号・番号			
	氏名					保険者名			
他の世帯員の受診状況	氏名			病院			支払金額	円	
	氏名			病院			支払金額	円	
高額療養費支給回数			回						

注 助成金は、受給資格者登録時に振込依頼のあった預金口座に振り込みます。

医療機関等の証明

診療年月	年 月 分								
保険診療 総点数	入院			点	保険診療による 一部負担金	入院			円
	外来			点		外来			円
うち他法制度による負担分(精神・結核等)				点	診療科目	1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他 6 訪問看護			
証明手数料の徴収	有		円・無		※通信欄		記入者		
医療コード	年 月 日		所在地						
			名称						
			医療機関等 開設者 氏名		印				

高額療養費支給額算定			
A 医療機関等への支払額	B 家族療養付加金	C 家族高額療養費	D 一部負担金の額 A - (B+C)
円	円	円	円
上記被保険者等の 年度市民税における課税状況は下記のとおりである。 1 市民税の非課税又は免除されている者である。 2 市民税の課税されている者である。 (ただし、地方税法第328条の規定によって課する所得割を除く。) 担当者 印			支給決定額 円

<p style="text-align: center;">領収書控 (医療機関保管用)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>ひとり親家庭医療費助成金支給申請書証明手数料 _____円を受領しました。</p> <p>患者氏名 _____様</p> <p>診療月 _____年 月</p>	<p style="text-align: center;">領収書控 (申請者保管用)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>ひとり親家庭医療費助成金支給申請書証明手数料 _____円を受領しました。</p> <p>患者氏名 _____様 (_____年 月)</p> <p>医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">印</p>
---	---

(裏)

注 意

- 1 この申請書を医療機関等の窓口で受け取る時は、必ず受給資格者証を提示してください。
- 2 「医療機関等の証明」欄の記入を依頼する時は、医療機関等の窓口にて証明手数料をお支払いください。
- 3 証明手数料を支払ったときは、表面の領収書（申請者保管用）を、医療機関等からお受け取りください。

※ なお、助成金の申請は、診療月の翌月から起算して6か月以内に申請してください。6か月を過ぎると助成金を支給できない場合があります。

医療機関等へのお願い

- 1 「医療機関等の証明」欄は、1か月分をまとめて記入してください。
- 2 「保険診療による一部負担金」欄は、保険診療対象内の額を記入してください。
(差額ベッド代・食事療養費の自己負担等、保険診療対象外負担金を除く。)
- 3 申請者から証明手数料を受領したときは、表面の領収書（申請者保管用）を切り取り、申請者へお渡しください。

※ この申請書は、医療費助成金支給申請に必要な書類ですので、御協力をお願いします。