

鹿屋市子ども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

鹿屋市子ども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91号）の一部を次のように改正する。

第2条の2後段を削る。

第3条の見出し中「資格者証」を「受給資格者証」に改め、同条第1項中「子ども医療費助成金受給資格者証」を「子ども医療費給付受給資格者証（以下「受給資格者証」という。）」に改め、同条第2項を削る。

第4条の見出し中「資格者証」を「受給資格者証」に改め、同条中「第1項及び第2項の資格者証」を「の受給資格者証」に、「子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書」を「子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書」に改める。

第5条中「第7条第1項」を「第7条第2項」に改める。

第9条（見出しを含む。）中「資格者証」を「受給資格者証」に改める。

別記第1号様式から別記第3号様式までを次のように改める。

別記

第1号様式（第2条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書											
鹿屋市長 様								年 月 日			
						申請者 住所					
						氏名					
						連絡先					
<p>次のとおり子ども医療費助成金受給資格の登録を申請します。</p> <p>なお、資格登録に際し、扶養義務者及び対象者世帯の地方税関係情報並びに被保険者及び対象者の加入保険関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。また、下記対象者の受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部へ送付することに同意します。</p>											
対象者	(フリガナ)		性別	生年月日	住所 (申請者と同じ場合、省略可)	続柄	世帯主氏名	保険証		個人番号	受給資格者証番号
	氏名							記号・番号	資格取得年月日		
			男・女	・							
			男・女	・							
扶養義務者			男・女	・		対象者との続柄			個人番号		1月1日時点の住所
			男・女	・					個人番号		
世帯員			男・女	・		対象者との続柄			個人番号		
			男・女	・					個人番号		
			男・女	・					個人番号		
加入保険	被保険者	(フリガナ)		男・女	生年月日	振込先口座	銀行・金庫		本店・支店		判定 (課税・非課税)
		氏名					信組・農協	支所・出張所			
		住所		種別			普通・	口座番号			
		個人番号		その他 ()							
		保険者名称				名義人(か)				資格取得事由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 県内転入 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> その他 ()	
						申請した医療費助成金は、(上記口座・登録済口座)へ振込を依頼します。					
高校生相当年齢の子どもについての確認事項					① 未婚・既婚		② 扶養義務者が監護している はい・いいえ				

注 太枠内を御記入ください。

第2号様式（第2条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届					
年 月 日					
鹿屋市長 様					
届出者 氏 名					
連絡先					
<p>次のとおり変更がありましたので、届け出ます。</p> <p>なお、変更之际、扶養義務者及び対象者世帯の地方税関係情報並びに被保険者及び対象者の加入保険関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。</p>					
区 分	変 更 前				
住 所	変 更 後				
対 象 者	受給資格者証番号				
	氏 名				
	個 人 番 号				
	受給資格者証番号				
	氏 名				
	個 人 番 号				
	受給資格者証番号				
	氏 名				
	個 人 番 号				
加 入 保 険	被保険者				
	氏 名	男・女	男・女		
	生年月日				
	個人番号				
	住 所				
	記号・番号				
保険者名称					
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所
	口座番号				
	名 義 人				
そ の 他					
変 更 年 月 日	年 月 日				
備考	課税区分（ 課税 ・ 非課税 ） （ ）				

第3号様式（第3条関係）

（表）

		子ども医療費給付受給資格者証					
公費負担者番号 （一部負担金：0円）							
証 番 号							
受給資格者	（フリガナ）						
	氏 名						
	生 年 月 日				年	月	日
	住 所						
扶養義務者	氏 名						
	住 所						
加入保険	被 保 険 者 氏 名						
	保 険 証 記 号 ・ 番 号						
	保 険 者 名						
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					
年 月 日交付 鹿屋市長 印							

※裏面を必ずお読みください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、子ども医療費助成金の受給資格があることを証明するものですので、大切に保管してください。
鹿児島県内の保険医療機関等において受診する際に、一部負担金を支払わなくても受診できます。
ただし、食事療養費等医療保険の適用とならないものは除きます。
 - 2 鹿児島県内の保険医療機関等で受診するときは、マイナ保険証等にこの証を添えて窓口には必ず提示してください。
保険者から交付された高額療養費の「限度額適用認定証」があれば、併せて提示してください。
 - 3 鹿児島県外の保険医療機関等で受診したときや、この証を提示しないで受診した場合は、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関の受診証明又は領収書等を添えて鹿屋市に助成金の支給申請をしてください。
 - 4 保険の自己負担分が高額療養費等の支給対象となるときは、手続が必要となる場合があります。
 - 5 次の各号のいずれかに該当するときには、速やかに鹿屋市子育て支援課児童家庭係まで必ず届け出て、係員の説明を受けてください。
 - (1) あなたの世帯の課税区分が、非課税から課税に修正されたとき。
 - (2) あなた又は子どもの住所、氏名、医療保険に変更があったとき。
 - (3) 子どもが生活保護法の適用を受けるようになったとき。
 - (4) 子どもが鹿屋市から転出するとき、又は死亡したとき。
 - (5) この証が破れたり、汚れたり、なくなったとき。
 - 6 毎年、6月1日～30日の間に更新の手続を行います。6月30日までに課税証明書を提出してください。(なお、本市で確認できる場合は、提出は不要です。)
詳しくは、鹿屋市子育て支援課にお尋ねください。 電話：0994-31-1134
- ※ 日頃からなんでも相談できる「かかりつけ医」を持ち、まずは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。
- ※ 夜間における子ども（おおむね15歳未満の子ども）の急な病気について、看護師等が応急処置や医療機関の受診の必要性などの助言を行う「鹿児島県小児救急電話相談」を実施しています。
電話番号「#8000」番（又は099-254-1186）携帯電話からも利用可能
受付時間 平日・土曜日 19時～翌朝8時
日曜・祝日・年末年始 8時～翌朝8時

別記第3号の2様式を削る。

別記第4号様式中「子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書」を「子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書」に、「下記のとおり」を「次のとおり」に改める。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行し、令和7年4月1日以後の診療に係る医療費分から適用する。
- 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。