

○三条市ひとり親家庭等医療費助成事業実施要綱

平成17年5月1日

告示第18号

改正 平成18年12月28日告示第236号

平成19年5月22日告示第131号

平成19年9月25日告示第166号

平成20年3月31日告示第53号

平成20年3月31日告示第61号

平成22年9月1日告示第169号

平成23年3月1日告示第30号

平成24年10月10日告示第496号

平成25年7月4日告示第281号

平成26年1月17日告示第15号

平成27年2月26日告示第36号

平成27年12月28日告示第612号

(目的)

第1条 この要綱は、ひとり親家庭の父又は母及び児童等の医療費の一部を助成することにより、ひとり親家庭の保健の向上を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「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 この要綱において「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がいの状態にある者をいう。

3 この要綱において「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がい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がい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がいの状態にある児童
- (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（当該父又は母の配偶者（配偶者であった者を含む。）の申立て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 この要綱において「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ものをいう。

- (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 この要綱にいう「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。

6 この要綱において「医療費」とは、医療保険各法に規定する療養に要した費用（健康保険法第76条第2項の規定に基づき、厚生労働大臣の定めるところにより算定した額）及び医療保険各法に規定する指定訪問看護に要した費用（健康保険法第88条第4項の規定に基づき、厚生労働大臣の定めるところにより算定した額）をいう。

7 この要綱において「自己負担額」とは、医療費から医療保険各法に規定する保険の給付

及び法令等により国又は地方公共団体が負担する額を控除した額とする。

(対象者)

第3条 この要綱に基づき医療費の助成を受けることができる者(以下「対象者」という。)

は、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、本市に住所を有し、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(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前条第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、事業の対象者としな

(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) 三条市重度心身障がい者医療費助成事業実施要綱(平成17年三条市告示第42号)に基づき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、事業の対象者としな

(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7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8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9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。

（受給者証の交付申請）

第4条 この要綱に基づき医療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書（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。

（認定及び受給者証の交付）

第5条 市長は、前条に規定する申請に基づき審査した結果、申請者が事業の対象者であると認めたときは、申請者に受給者証を交付するとともに、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。

（受給者証交付申請の却下）

第6条 市長は、第4条に規定する申請に基づき審査した結果、申請者が事業の対象者でないとして認めたときは、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7条 受給者証の有効期間は、10月1日から翌年の9月30日までとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、最初に交付される受給者証の有効期間は、受給者証が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。
- 3 第3条に規定する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、その事実の発生した日の属する月の末日までとする。
- 4 前2項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認める場合は、受給者証の有効期間を変更することができる。

（受給者証の更新）

第8条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、受給者証の更新を

希望するときは、8月1日から8月31日までの間にひとり親家庭等医療費受給者証更新申請書（様式第1号）により、市長に届け出なければならない。

- 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認めたときは、受給者証を更新するものとする。

（受給者証の再交付）

第9条 受給者は、受給者証を破損し、汚損し、又は紛失したため再交付を必要とするときは、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。

- 2 市長は、前項の規定による申請があったときは、交付台帳により受給資格を確認した上で、受給者証を再交付するものとする。

（助成額）

第10条 市長が助成する医療費の額は、受給者に係る自己負担額から次の各号に掲げる場合に当該各号に定める額（以下「一部負担金」という。）を控除した額とする。

- (1) 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（第3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き、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、別の医療機関とみなす。以下この条において「保険医療機関等」という。）ごとに1日につき530円とする。
  - (2) 前号の場合において、同一の月に同一の保険医療機関等において同号に掲げる療養の給付を5回以上受けるときは、同号の規定にかかわらず、5回目以後の同号の療養の給付に係る一部負担金は、控除しない。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円に満たないときは、当該自己負担額を限度とする。
  - (3) 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、保険医療機関等ごとに1日につき1,200円とする。
  - (4) 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、指定訪問看護事業者ごとに1日につき250円とする。
- 2 市長は、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負担する前項第3号に掲げる療養と併せて受ける食事療養に係る健康保険法第85条第2項に規定する厚生労働大臣が定

める標準負担額（以下「入院時食事療養費標準負担額」という。）を助成するものとする。

- 3 市長は、減額認定証の交付を受けている受給者が負担する第1項第3号に掲げる療養と併せて受ける生活療養に係る健康保険法第85条の2第2項並びに介護保険法（平成9年法律第123号）第51条の3第2項第1号及び第2号に規定する厚生労働大臣が定める標準負担額（以下「入院時生活療養費標準負担額」という。）のうち別表に定める額を助成するものとする。

（助成の方法）

第11条 市長は、医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者（以下「被保険者等」という。）である受給者に対する医療費、入院時食事療養費標準負担額及び入院時生活療養費標準負担額の助成を次に定める方法により行うものとする。

- (1) 受給者が、医療保険各法の規定において保険医療を行うこととされている病院、診療所、薬局又は指定訪問看護事業者（以下この号において「保険医療機関等」という。）において療養の給付、食事療養及び指定訪問看護を受ける場合

ア 受給者は、保険医療機関等のうち自己の選定するものについて療養の給付を受ける際、保険医療機関等ごとに医療保険証及び受給者証を提示しなければならない。

イ 保険医療機関等（薬局を除く。）について食事療養を受けようとする受給者は、アに定めるもののほか、標準負担額減額認定証又は減額認定証を当該保険医療機関等に提示しなければならない。

ウ 受給者は、療養の給付を受けた保険医療機関等（薬局を除く。）に対して一部負担金を支払うものとする。

エ 市長は、当該受給者が療養の給付、食事療養及び指定訪問看護を受けた保険医療機関等（食事療養を受けた場合においては、薬局を除く。）に対し、前条の規定により算出した医療費及び入院時食事療養費標準負担額を支払うものとする。

- (2) 施術等又は医療保険各法の規定において保険医療を行うこととされている病院若しくは診療所（以下この号において「保険医療機関」という。）において生活療養を受ける場合

ア 受給者は、はり・きゅう等の施術を行う者その他の者（以下「施術者等」という。）において施術等を受ける際、当該施術者等に医療保険証及び受給者証を提示し、ひとり親家庭等医療費助成申請書（様式第6号。以下「助成申請書」という。）を提出した上で、自己負担に係る医療費を支払わなければならない。ただし、市長と協定等を締結している施術者等の施術を受け、当該施術者等にひとり親家庭等医療費の助成金

の受領を委任する場合は、助成申請書に代えて県単医療費助成申請書（様式第7号。以下「県単助成申請書」という。）を提出するものとする。

イ 受給者は、保険医療機関において生活療養を受ける際、当該保険医療機関に医療保険証、受給者証及び減額認定証を提示し、県親医療費助成申請書（様式第8号）を提出しなければならない。

ウ 施術者等又は保険医療機関は、ア又はイにより提出された助成申請書、県単助成申請書又は県親医療費助成申請書に必要事項を記載し、これを受給者に交付するものとする。ただし、医療費助成申請書及び県親医療費助成申請書の記載は必要な事項を確認することができる領収書等を添付することにより省略することができる。

エ 受給者は、施術者等に支払った自己負担に係る医療費又は保険医療機関において受けた生活療養に係る入院時生活療養費標準負担額について助成を受けようとするときは、ウの規定により交付を受けた助成申請書、県単助成申請書又は県親医療費助成申請書により市長に申請しなければならない。

（償還払に係る医療費の支給）

第12条 市長は、前条第2号に定める方法により助成する場合において、助成申請書、県単助成申請書又は県親医療費助成申請書を受領したときは、当該申請内容を審査の上助成額を決定し、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（様式第9号）により受給者に通知し、支給するものとする。ただし、前条第2号アただし書により助成する場合は、受給者への通知を省略することができる。

（届出義務）

第13条 受給者は、第1号から第4号までに該当したときは、ひとり親家庭等医療費受給者変更届（様式第10号）に、第5号に該当したときは、ひとり親家庭等医療費受給者被害届（様式第11号）に、それぞれ受給者証を添えて市長に届け出なければならない。

- (1) 受給者が氏名又は市内において住所を変更したとき。
- (2) 受給者の加入している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。
- (5) 受給者が第三者の行為による被害について医療その他の療養を受けたとき。

（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、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（様式第12号）を市長に提出するとともに、受給者証を返還しなければならない。

(1) 受給者が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届出は、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、受給者が第三者による被害について損害賠償を受けたときは、その賠償額の限度において、助成の全部若しくは一部を行わず、又は既に助成した額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、この要綱に定める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この要綱に定める助成を受けた者がいるときは、その者から当該助成金額の全部又は一部を返還させることができる。

（審査及び支払事務の委託）

第18条 市長は、第11条第1号に定める医療費及び入院時食事療養費標準負担額の審査及び支払に関する事務を新潟県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金新潟支部に委託することができる。

（準用）

第19条 第15条から第17条までの規定は、入院時食事療養費標準負担額及び入院時生活療養費標準負担額について準用する。

（その他）

第20条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成17年5月1日から施行する。

（経過措置）



- 2 この要綱の施行の日の前日までに、合併前の三条市ひとり親家庭等医療費助成事業実施要綱（平成3年三条市告示第19号）、栄町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成3年栄町条例第5号）、栄町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則（平成3年栄町規則第4号）、下田村ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例（平成3年下田村条例第11号）又は下田村ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則（平成3年下田村規則第8号）の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされた手続その他の行為とみなす。

附 則（平成18年12月告示第236号）抄

（施行期日等）

- 1 この要綱は、告示の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。  
（経過措置）
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成19年5月告示第131号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成19年9月告示第166号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成19年10月1日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成20年3月告示第53号）

（施行期日）

1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の三条市ひとり親家庭等医療費助成事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われた療養又は指定訪問看護に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた療養又は指定訪問看護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20年3月告示第61号）

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成22年9月告示第169号）

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成23年3月告示第30号）

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成24年10月告示第496号）

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成25年7月告示第281号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成26年1月告示第15号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成27年2月告示第36号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成27年12月告示第612号）

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

別表（第10条関係）

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 入院医療の必要性の高い者以外の者の場合 | 入院医療の必要性の高い者の場合 |
|---------------------|-----------------|

| 減額認定証の区分   | 生活療養に係る食事の<br>費用（1食当たり） | 減額認定証の区分  | 生活療養に係る食事の<br>費用（1食当たり） |
|--|-------------------------|---|-------------------------|
| 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅱの者     | 160円                    | 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅱの者（長期非該当） | 210円                    |
| 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅰの者     | 100円                    | 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅱの者（長期該当）  | 160円                    |
| 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅰ（老福）の者 | 100円                    | 生活療養に係る限度<br>額適用・標準負担額減<br>額認定証所持者で区分<br>Ⅰの者        | 100円                    |

備考 「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年厚生労働省告示第488号）に定める者をいう。



記入上の注意

- 1 ①の欄  
「生活保護の受給状況」欄及び「児童扶養手当の受給状況」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  
ひとり親家庭等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歳に達する日以後の最初の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  
③の欄に記入した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  
「保険の種類」欄は、該当する番号を○で囲んでください。  
なお、「国保」は国民健康保険、「協会」は全国健康保険協会管掌保健、「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又は日本私立学校振興・共済事業団、「船員」は船員保険、「後期」は後期高齢者医療の略です。  
また、あなたと③の欄に記入した児童が、保険者等から入院時の食事療養に係る標準負担額減額認定証の交付を受けているときは、受けている方(減額対象者)の氏名を「標準負担額減額認定証の交付(減額対象者)」欄の( )内に記入してください。どなたも受けていないときは、「無」を○で囲んでください。
- 6 ⑦の欄  
「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よる者を含みます。
- 7 ⑧の欄  
あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族又は兄弟姉妹があるときに記入してください。
- 8 ⑨の欄  
「地方税法に定める控除対象配偶者、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控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により( )内に再掲してください。  
(1) 申請者が父又は母の場合にあつては、(ア)に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、(イ)に特定扶養親族の数を、(ウ)に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。  
(2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください
- 9 ⑩の欄  
「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 10 ⑪の欄  
前年(1月から8月までの間に新規申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、県民税の所得割の課税標準である総所得金額(母子家庭自立支援給付金に係るものを除く)、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、長期譲渡所得の金額、短期譲渡所得の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。
- 11 ⑫の欄  
申請者及びその監護する児童が、児童の父(申請者の父の場合は児童の母)から、児童を扶養するために受け取った金品等の所得の額を記入し、下欄にはその金額の8割(1円未満四捨五入)の額を記入してください。
- 12 ⑬の欄  
地方税法に定める障害者又は特別障害者である者の数及びその者に係る控除額を記入してください。
- 13 ⑭の欄  
地方税法に定める寡婦(寡夫)、寡婦の特別加算又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。申請者(養育者を除く)については、寡婦(寡夫)控除、寡婦控除特別加算の額は控除しません。
- 14 ⑮の欄  
地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除を受けている場合に、その控除の種類及び額を記入してください。
- 15 この申請書に添えていただく書類は、次のとおりです。
  - (1) あなたと児童の医療保険証及び⑤の欄に○印を付した減額認定証
  - (2) あなたと児童の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し
  - (3) 申請者が養育者である場合は、児童の父母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
  - (4) 本年1月2日以後現住所に転入された方は、⑨から⑫の欄に記入した事項についての前住所地の市区町村長の証明書
  - (5) ひとり親家庭等認定調査 別紙のとおり。ただし、②の欄の子(その他( ))に該当する場合は、遺児等を証する書類を添えてください。
  - (6) 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族がいる場合は、16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書 別紙2のとおり。
  - (7) 児童扶養手当証書を提示できる方は、上記の(2)から(6)までの書類は必要ありません。
- 16 ※印の欄は、記入しないでください。
- 17 この申請書について分からないことがありましたら、担当の職員におたずねください。

様式第2号（第4条関係）

（表）

| 三条市 医療費助成受給者証   |      |        |   |   |   |   |   |  |  |  |
|---|------|--------|---|---|---|---|---|--|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                     県親                 </div> |      | 公費負担番号 |   | 6 | 4 | 1 | 5 |  |  |  |
|   |      | 受給者番号  |   |   |   |   |   |  |  |  |
|   |      | 保険者    |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 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<br>年 月 日 まで                          |   |   |   |   |  |  |  |
| 発行機関  |      |        | 新潟県 三条市長 <span style="float: right;">印</span> |   |   |   |   |  |  |  |
| 交付年月日   |      |        | 年 月 日   |   |   |   |   |  |  |  |

(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へ提出してください。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 円（その日の自己負担額が 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 円を支払ってください。
  - ・ 指定訪問看護の場合は、1日につき 円を支払ってください。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、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに市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で手続をしてください。
- 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31日までの間に、市で更新の手続をしてください。
- 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5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    | 電話番号            |               |      |      |         | 1       | 3                  |  |    | ・ |                  |     |
|        | 職業    | 勤務先             | 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            | ・    | 男・女  | ・       | ・       |                    |  |    |   |                  | ・   |
|        |       |                 | 家族            | ・    | 男・女  | ・       | ・       |                    |  |    |   |                  | ・   |
|        |       |                 | 家族            | ・    | 男・女  | ・       | ・       |                    |  |    |   |                  | ・   |
|        |       |                 | 家族            | ・    | 男・女  | ・       | ・       |                    |  |    |   |                  | ・   |
|        |       |                 | 家族            | ・    | 男・女  | ・       | ・       |                    |  |    |   |                  | ・   |
| 加入医療保険 | 被保険者  | 氏名              | 続柄            |      |      | 振込指定機関  |         | 金融機関名              |  | 備考 |   |                  |     |
|        |       | 住所              |               |      |      | 種別      |         | 普・当<br>その他         |  |    |   |                  |     |
|        |       | 保険種別            | 協・組・船・共・国保・後期 | 記号番号 |      | 口座番号    |         |                    |  |    |   |                  |     |
|        |       | 保険者名            |               |      |      | 氏名      |         |                    |  |    |   |                  |     |
|        |       | 保険者住所           |               |      |      |         |         |                    |  |    |   |                  |     |



様式第4号(第6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

三条市長



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

様式第5号(第9条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 三条市長

申請者(受給者) 住 所 三条市  
氏 名



次のとおり再交付を申請します。

| 申 請 理 由     |         | 1 破損・汚損 2 亡失 3 その他( ) |
|-------------|---------|-----------------------|
| 受<br>給<br>者 | ふりがな    |                       |
|             | 氏 名     |                       |
|             | 生 年 月 日 |                       |
|             | 住 所     | 三条市                   |
| 備<br>考      | 医療を受ける方 |                       |
|             | 生 年 月 日 |                       |

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。  
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。

|        |  |
|--------|--|
| 受給者証番号 |  |
|--------|--|

様式第6号(第11条関係)

(表)

ひとり親家庭等医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 三条市長

申請者 住所  
氏名



次のとおり、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  |     |
| 受診医療機関名  |                | 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<br>金庫・農協 | 口座番号   |     |
|          | 支店出張所          | フリガナ   |     |
|          |                | 口座名義人  |     |

- 注 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。  
 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      | 入院日数                       | 入院中の保険診療点数 | 支払額(一部負担額) |
|         | 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  |
| 他法負担の有無 | 障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その( ) |            |            |

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 円(その日の自己負担額が 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 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 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、市の担当窓口にお尋ねください。

(表)

(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               |
| (宛先)三条市長  |           |             |    |               | 住 所<br>申請者<br>氏 名 ① |
| 次のとおり金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。<br>上記の医療費助成額の受領に関する権限を次の者に委任します。 |           |             |    |               | 代理人住所<br>代理人氏名 ①    |
| 受 給 者 証 番 号   |           |             |    | 保 險 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<br>口座名義人 |                     |
| ※   | 他 法 負 担 額 | 一 部 負 担 金 額 |    | 決 定 額         |                     |

注1 ※印欄は記入しないでください。

注2 助成申請額の算出方法等は、裏面を参照してください。

注3 氏名を自署する場合は、押印を省略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 | 県単一部負担金額収済額 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                          | 障害者総合支援法・母子保健法・ |         | 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。<br>年 月 日 |                 |         |                           |              |
| 様                              |                 |         | 所在地<br>柔道整復師 名 称<br>氏 名 ① |              |

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)を記入してください。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

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、また、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、市の担当窓口にお尋ねください。

様式第8号(第11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

(宛先)三条市長

申請者 住所  
氏名

㊟

次のとおり、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 支店<br>金庫・農協 出張所 | 口座番号   |     |
|          |                       | フリガナ   |     |
|          |                       | 口座名義人  |     |

- 注 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。  
 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 | 県親助成額単価 | 食事回数(回) |
|--------------|-------|---------|---------|
| 適用区分C・低所得者II | 円/食   | 円/食     |         |
| 低所得者I②       | 円/食   | 円/食     |         |
| 低所得者I①       | 円/食   | 円/食     |         |
| 入院医療の必要性の高い者 | 円・    | 円・      | 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「〇」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  | 円/食 |
| 低所得者Ⅰ② | 円/食 |
| 低所得者Ⅰ① | 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            | 円/食 |
| 低所得者Ⅱ(90日を超える場合) | 円/食 |
| 低所得者Ⅰ            | 円/食 |

- 2 不明な点は、市の担当窓口にお尋ねください。



様式第9号(第12条関係)

年 月 日

様

三条市長



ひとり親家庭等医療費支給決定通知書

さきに申請のありました医療費助成について、次のとおり決定しましたので通知します。

|       |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 決 定 額 |  |  |  |  | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| 支払予定日 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支払方法  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支払場所  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |

支給対象医療費

| 診療年月 | 入院・外来 | 医療機関名 | 助成対象者氏名 | 助成額 |       |
|------|-------|-------|---------|-----|-------|
|      |       |       |         | 助成額 | 自己負担額 |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |
|      |       |       |         |     |       |

様式第10号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者変更届

年 月 日

(宛先)三条市長

届出者 住 所 三条市

氏 名 ㊟

次のとおり変更したので受給者証を添えて届け出ます。

|   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| 受給者番号   |       |       |       |
| 受給者氏名   |       |       |       |
| 個人番号  |       |       |       |
| 生年月日  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 性別  | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 |
| 住 所   | 三条市   |       |       |
| 届 出 事 項   | 変更年月日 | 年 月 日 |       |
| 1 氏名の変更<br>2 住所の変更<br>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・返納を含む。)<br>4 受給者のうち一部の者に係る資格喪失<br>5 新たに監護又は養育する児童が生じた<br>6 扶養義務者等の変更 | 変更理由  |       |       |
| 変 更 事 項   |       |       |       |
| 旧   |       | 新     |       |
| 変 更 が 生 じ た 扶 養 義 務 者   |       |       |       |
| 氏 名   |       |       |       |
| 個 人 番 号   |       |       |       |
| 同居・別居の別   | 同居・別居 | 同居・別居 | 同居・別居 |

- (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。  
 3 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

様式第11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                   |       |   |    |     |
| 1 疾病・負傷の具体的内容        |       |   |    |     |
| 2 事故等発生原因及び発生日       |       |   |    |     |
| 3 受診先医療機関の名称         |       |   |    |     |
| 4 所轄警察署の立会いの有無 (有・無) |       |   |    |     |
| 有のとき：警察署名_____       |       |   |    |     |
| 5 加害者の氏名、住所及び勤務先     |       |   |    |     |

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 (印)  
(受給者との続柄 )

(宛先)三条市長

◎ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

様式第12号(第14条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

(宛先) 三条市長

届出者 住所  
氏名 (印)  
(受給者との続柄 )

次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。

|  |         |       |     |     |
|--|---------|-------|-----|-----|
| 受給者番号                                  | 受給者氏名   |       |     |     |
|  | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | 男・女 |
|  | 住 所     | 三条市   |     |     |
| 1 資格喪失事由                               |         |       |     |     |
| (1) 他の市町村に転出したため<br>(転出先 )             |         |       |     |     |
| (2) ひとり親家庭でなくなったため<br>(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<br>(氏名 ) |         |       |     |     |
| (4) その他<br>(具体的理由)                     |         |       |     |     |
| 2 資格喪失事由発生日                            |         |       |     |     |
| 年 月 日                                  |         |       |     |     |

- (注) 1 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。  
2 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

様式第1号 (第4条、第8条関係)

様式第2号 (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9条関係)

様式第6号 (第11条関係)

様式第7号 (第11条関係)

様式第8号 (第11条関係)

様式第9号 (第12条関係)

様式第10号 (第13条関係)

様式第11号 (第13条関係)

様式第12号 (第14条関係)