

○所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

平成4年11月1日

規則第58号

改正 平成5年4月1日規則第41号

平成5年8月1日規則第35号

平成6年8月1日規則第48号

平成6年11月1日規則第58号

平成7年8月1日規則第36号

平成8年8月1日規則第31号

平成9年5月30日規則第26号

平成9年8月1日規則第29号

平成9年9月26日規則第33号

平成10年7月1日規則第47号

平成10年7月31日規則第56号

平成11年4月1日規則第23号

平成12年3月31日規則第29号

平成12年12月28日規則第70号

平成13年6月1日規則第40号

平成13年12月28日規則第65号

平成14年6月28日規則第59号

平成14年7月31日規則第62号

平成14年10月1日規則第71号

平成15年3月28日規則第25号

平成15年7月30日規則第52号

平成16年1月30日規則第1号

平成17年3月30日規則第33号

平成17年6月30日規則第46号

平成18年3月30日規則第31号

平成18年9月26日規則第60号

平成19年3月26日規則第30号

平成19年5月31日規則第43号

平成20年3月27日規則第23号  
平成20年6月30日規則第47号  
平成20年10月20日規則第61号  
平成21年4月1日規則第24号  
平成22年3月29日規則第25号  
平成22年7月30日規則第47号  
平成22年10月1日規則第51号  
平成23年3月31日規則第29号  
平成24年6月25日規則第43号  
平成24年10月31日規則第51号  
平成25年9月30日規則第52号  
平成26年9月30日規則第30号  
平成28年3月25日規則第12号  
平成28年12月22日規則第60号

(趣旨)

第1条 この規則は、所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例(平成4年条例第35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。

(平25規則52・一部改正)

(条例第2条第1項の規則で定める程度の障害の状態)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第1のとおりとする。

(条例第2条第2項の規則で定める児童の状態)

第3条 条例第2条第2項に規定する規則で定める児童の状態は、次の各号のいずれかに該当するときとする。

- (1) 児童を監護しない父又は母と生計を同じくしているとき。ただし、その者が次条に定める程度の障害の状態にあるときを除く。
- (2) 父又は母の配偶者に養育されているとき。ただし、その者が次条に定める程度の障害の状態にあるときを除く。

(平24規則51・一部改正)

(条例第2条第2項第3号の規則で定める程度の障害の状態)

第4条 条例第2条第2項第3号に規定する規則で定める程度の障害の状態は、別表第2の

とおりとする。

(条例第2条第2項第5号の規則で定める児童)

第5条 条例第2条第2項第5号に規定する規則で定める児童は、次の各号のいずれかに該当する児童とする。

- (1) 父又は母が引き続き1年以上遺棄している児童
- (2) 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（母又は父の申立てにより発せられたものに限る。）を受けた児童であつて、当該命令に係る申立てをした者が監護しているもの
- (3) 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
- (4) 母が婚姻によらないで懐胎した児童
- (5) 前号に該当するかどうか明らかでない児童

（平10規則56・平24規則51・平25規則52・一部改正）

(条例第2条第5項の規則で定める社会保険各法)

第6条 条例第2条第5項に規定する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) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

（平9規則26・平10規則47・平13規則65・平17規則46・一部改正）

(条例第3条第3項第3号の規則で定める施設)

第7条 条例第3条第3項第3号に規定する規則で定める施設は、次に掲げる施設（通所により利用する施設を除く。）とする。

- (1) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条に規定する児童福祉施設（母子生活支援施設を除く。）
- (2) 前号に掲げる施設のほか、対象者（条例第3条に規定する対象者をいう。以下同じ。）、対象者に係る国民健康保険法（昭和33年法律第192号）若しくは高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による世帯主又は社会保険各法による被保険者その他これに準ずるものが負担すべき額を、国又は地方公共団体において負担している施設

(平11規則23・平12規則29・平13規則65・平18規則31・平20規則23・平22規則25・平22規則51・平28規則60・一部改正)

(条例第3条第3項第5号の規則で定める医療費助成事業)

第8条 条例第3条第3項第5号に規定する規則で定める医療費助成事業は、所沢市重度心身障害児等の医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第2号)による助成事業とする。

(平5規則41・平14規則59・平20規則61・平22規則25・平22規則51・平23規則29・一部改正)

(条例第4条第1項の規則で定める額)

第9条 条例第4条第1項第1号に規定する規則で定める額は、次に掲げる児童の養育者を除くひとり親等にあつては別表第3、次に掲げる児童の養育者にあつては別表第4のとおりとする。

- (1) 条例第2条第2項第2号又は第4号に該当する児童であつて、父又は母がないもの
- (2) 第5条第3号に該当する児童であつて、父又は母がないもの
- (3) 父母が法令により引き続き1年以上拘禁されている児童
- (4) 第5条第4号に該当する児童であつて、母が死亡したもの又は母の生死が明らかでないもの
- (5) 第5条第5号に該当する児童

2 条例第4条第1項第2号に規定する規則で定める額は、別表第5のとおりとする。

(平24規則43・平24規則51・一部改正)

(条例第4条第1項の所得の範囲)

第10条 条例第4条第1項に規定する所得の範囲は、申請日の属する年の前年の所得(1月から6月までに申請する場合は申請日の属する年の前々年の所得とし、条例第8条第2項の規定により届出する場合は対象となる年の前々年の所得とする。以下同じ。)のうち、次に掲げる所得とする。

- (1) 地方税法(昭和25年法律第226号)第4条第2項第1号に掲げる道府県民税(都が同法第1条第2項の規定によって課する同法第4条第2項第1号に掲げる税を含む。以下同じ。)についての同法その他の道府県民税に関する法令の規定による非課税所得以外の所得(母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令(昭和39年政令第224号)第29条第1項に規定する母子家庭高等職業訓練修了支援給付金及び同令第31条の9第1項に規定する父子家庭高等職業訓練修了支援給付金(以下「母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等」という。)に係るものを除く。)

(2) 条例第4条第1項第1号に規定するひとり親等（養育者を除く。以下この号において同じ。）がその監護する児童の父又は母から当該児童の養育に必要な費用の支払として受ける金品その他の経済的な利益に係る所得及びひとり親等が監護する児童が監護しない父又は母から当該児童の養育に必要な費用の支払として受ける金品その他の経済的な利益に係る所得（当該児童の世話その他の役務の提供を内容とするものを除く。以下「養育費所得」という。）

（平18規則31・全改、平24規則43・平26規則30・一部改正）

（条例第4条第1項の所得の額の計算方法）

第11条 条例第4条第1項に規定する所得の額は、その年の4月1日の属する年度（以下「当該年度」という。）分の道府県民税に係る地方税法第32条第1項に規定する総所得金額（母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等に係るものを除く。）、退職所得金額及び山林所得金額、同法附則第33条の3第1項に規定する土地等に係る事業所得等の金額、同法附則第34条第1項に規定する長期譲渡所得の金額、同法附則第35条第1項に規定する短期譲渡所得の金額、同法附則第35条の4第1項に規定する先物取引に係る雑所得等の金額、租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律（昭和44年法律第46号）第3条の2の2第4項に規定する条約適用利子等の額、同条第6項に規定する条約適用配当等の額並びに養育費所得の金額の100分の80に相当する金額（1円未満の端数があるときは、これを四捨五入して得た額）の合計額から8万円を控除した額とする。

2 次の各号に掲げる者については、当該各号に定める額を前項の規定によって計算した額からそれぞれ控除するものとする。

(1) 当該年度分の道府県民税につき、地方税法第34条第1項第1号、第2号、第4号又は第10号の2に規定する控除を受けた者 当該雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額又は配偶者特別控除額に相当する額

(2) 当該年度分の道府県民税につき、地方税法第34条第1項第6号に規定する控除を受けた者 その控除の対象となった障害者1人につき27万円（当該障害者が同号に規定する特別障害者である場合には、40万円）

(3) 当該年度分の道府県民税につき、地方税法第34条第1項第8号に規定する控除を受けた者（父及び母を除く。） 27万円（当該控除を受けた者が同条第3項に規定する寡婦である場合には、35万円）

(4) 当該年度分の道府県民税につき、地方税法第34条第1項第9号に規定する控除を

受けた者 27万円

- (5) 当該年度分の道府県民税につき、地方税法附則第6条第1項に規定する免除を受けた者 当該免除に係る所得の額

(平8規則31・平10規則56・平12規則29・平14規則59・平15規則52・平17規則33・平18規則60・平22規則51・平26規則30・一部改正)

(条例第4条第2項の規則で定める特例)

第12条 条例第4条第2項に規定する規則で定める特例は、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、家財又は主たる生業の維持に供する田畑、宅地、家屋、機械、器具その他事業の用に供する固定資産(鉱業権、漁業権、その他無形減価償却資産を除く。)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、その損害を受けた日から翌年の12月31日までの条例第6条に規定するひとり親家庭等医療費(以下「ひとり親家庭等医療費」という。)の助成について、その損害を受けた年の前年又は前々年における当該被災者の所得に関しては、条例第4条第1項の規定を適用しないものとする。

2 前項の規定の適用により同項に規定する期間に係るひとり親家庭等医療費が助成された場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、その助成を受けた者は、当該期間に助成された金額を市長に返還しなければならない。

- (1) 当該被災者(第9条第1項各号に掲げる児童の養育者を除くひとり親等をいう。以下この号において同じ。)の当該損害を受けた年の所得が、当該被災者の扶養親族等及び当該被災者の扶養親族等でない児童で当該被災者がその年の12月31日において生計を維持したものの有無及び数に応じて、別表第3で定める額以上であるとき。
- (2) 当該被災者(第9条第1項各号に掲げる児童の養育者をいう。以下この号において同じ。)の当該損害を受けた年の所得が、当該被災者の扶養親族等及び当該被災者の扶養親族等でない児童で当該被災者がその年の12月31日において生計を維持したものの有無及び数に応じて、別表第4で定める額以上であるとき。
- (3) 当該被災者(ひとり親等の配偶者又はそのひとり親等の扶養義務者でそのひとり親等と生計を同じくするものをいう。)の当該損害を受けた年の所得が、ひとり親等の扶養親族等の有無及び数に応じて、別表第5で定める額以上であるとき。

(平6規則48・平14規則59・平22規則51・平26規則30・一部改正)

(条例第5条の受給者証の交付申請)

第13条 条例第5条の規定による申請は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼受給者台帳(様式第1号)に、対象者その他の市長が必要と認める者に係る次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類
- (2) ひとり親家庭等認定調書(様式第2号)
- (3) 戸籍の謄本又は抄本
- (4) 養育者が申請する場合にあっては、児童の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
- (5) 世帯全員の住民票の写し
- (6) 前年(1月から6月までに申請する場合にあっては、前々年)の所得の状況を証する書類
- (7) 養育費申告書(様式第2号の2)
- (8) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、児童扶養手当法(昭和36年法律第238号)による児童扶養手当の支給を受けている者(児童扶養手当全部支給停止者を含む。以下「児童扶養手当受給者」という。)が、児童扶養手当証書又は児童扶養手当支給停止通知書を提示するときは、前項第2号から第7号までの書類の添付を省略することができる。

3 市長は、条例第5条の規定により申請があった場合において、対象者と決定したとき(条例第4条の規定に該当するときを除く。)は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼受給者台帳に記載して、ひとり親家庭等医療費受給者証(様式第3号。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

4 市長は、条例第5条の規定により申請があった場合において、対象者でないと決定したときは、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。

5 市長は、条例第5条の規定により申請があった場合において、条例第4条の規定により対象者としないと決定したときは、ひとり親家庭等医療費支給停止通知書(様式第4号の2。以下「支給停止通知書」という。)により通知するものとする。

6 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律

第145号) 第14条の4第1項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条又は第19条の2の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。)の使用を促進するため、対象者の承諾が得られた場合は、受給者証の表面に後発医薬品を希望する旨の文言を記載するものとする。

(平10規則47・平13規則65・平14規則59・平15規則25・平15規則52・平18規則31・平22規則51・平24規則43・平24規則51・平28規則60・一部改正)

(受給者証の更新及び有効期間)

第14条 市長は、条例第8条第2項の規定による届出により受給者(受給者証の交付を受けている者をいう。以下同じ。)が引き続き受給資格を有することを確認したときは、当該受給者の受給者証を対象年の翌年1月1日に更新する。

2 受給者証の有効期間は、申請日又は前項の規定による更新日からそれ以後最初の更新日の前日又は受給資格消滅日のうちいずれか早い日までとする。

3 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ときは、当該各号に規定する日を申請日とみなす。

(1) 対象者等に異動があった後15日以内に条例第5条の申請をしたときは、異動があった日

(2) 対象者が他市町村(特別区を含む。)から転入後15日以内に条例第5条の申請をしたときは、転入日

(3) 対象者が災害その他やむを得ない理由により条例第5条の申請をすることができなかった場合において、やむを得ない理由がやんだ後15日以内にその申請をしたときは、やむを得ない理由により当該認定の請求をすることができなくなった日

(平13規則65・全改、平14規則59・一部改正、平25規則52・一部改正)

(受給者証の返還)

第15条 受給者は、その資格を喪失したときは、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。



(平25規則52・一部改正)

(受給者証の再交付)

- 第16条 受給者は、受給者証を破損し、又は亡失したときは、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)により市長に受給者証の再交付を申請することができる。
- 2 受給者証を破損したときの前項の申請には、その受給者証を添えなければならない。
  - 3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後において、亡失した受給者証を発見したときは、速やかに発見した受給者証を市長に返還しなければならない。

(平25規則52・一部改正)

(条例第7条第1項の助成の方法)

- 第17条 条例第7条第1項の規定によりひとり親家庭等医療費の助成を受けようとする受給者は、病院、診療所又は薬局等に受給者証を提示し、ひとり親家庭等医療費の支払った額について、ひとり親家庭等医療費交付申請書(様式第6号)により市長に申請しなければならない。

(平25規則52・一部改正)

(助成の決定通知)

- 第18条 市長は、前条の規定による申請の内容を審査し、当該申請に係る助成額を決定したときは、ひとり親家庭等医療費交付決定通知書(様式第7号)により当該申請を行った者(以下「申請者」という。)に通知するものとする。

(平25規則52・一部改正)

(助成費の交付)

- 第19条 市長は、前条に規定する決定をしたときは、1月以内に助成費を当該決定を受けた者(以下「交付決定者」という。)に交付するものとする。この場合において、当該交付決定者の死亡等により当該交付決定者に交付することができないときは、市長が定める者に交付するものとする。

(平25規則52・追加)

(医療機関等からの申出)

- 第20条 市長は、市長の指定する医療機関等からひとり親家庭等医療費申出書(様式第8号)による申出があったときは、その内容を確認し、ひとり親家庭等医療費支払通知書(様式第9号)により当該医療機関等に支払金額を通知するとともに、ひとり親家庭等医療費を支払うものとする。

(平25規則52・追加)

(条例第8条の規則で定める届出)

第21条 条例第8条第1項の規則で定める届出は、ひとり親家庭等医療費助成資格内容変更届(様式第10号)に受給者証を添えて行わなければならない。

2 条例第8条第2項に規定する届出は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼受給者台帳に住民票、ひとり親家庭等認定調書及びひとり親等又はその配偶者若しくは扶養義務者の前年の所得の状況を証する書類を添えて、毎年11月1日から同月30日までに行わなければならない。ただし、児童扶養手当受給者については、届出を省略することができる。

(平14規則59・平14規則62・平18規則31・平22規則51・平24規則43・一部改正、平25規則52・旧第19条繰下・一部改正)

(受給者証の更新、支給停止の通知等)

第22条 市長は、前条の規定により届出を受理した場合(前条第2項ただし書の規定により届出を省略した場合を含む。)において、条例第4条第1項の規定に該当しないと決定したときは受給者証を交付し、また、同条の規定により対象者としないと決定したときは支給停止通知書により通知するものとする。

2 市長は、受給者が条例第3条の資格要件に該当しなくなったと認めたときは、ひとり親家庭等医療費受給資格消滅通知書(様式第11号)により、当該受給者であった者に通知する。ただし、受給者が死亡した場合は、この限りでない。

(平18規則31・平24規則43・一部改正、平25規則52・旧第20条繰下・一部改正)

(添付書類の省略)

第23条 市長は、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼受給者台帳又はひとり親家庭等医療費助成資格内容変更届に添付する書類により証明する事項を公簿等により確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。

(平13規則40・旧第21条繰下、平18規則31・旧第22条繰上、平24規則43・一部改正、平25規則52・旧第21条繰下)

附 則

この規則は、平成5年1月1日から施行する。

附 則(平成5年4月1日規則第41号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成5年8月1日規則第35号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成6年8月1日規則第48号）

この規則は、平成6年8月1日から施行する。

附 則（平成6年11月1日規則第58号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則（平成7年8月1日規則第36号）

この規則は、平成7年8月1日から施行する。

附 則（平成8年8月1日規則第31号）

この規則は、平成8年8月1日から施行する。

附 則（平成9年5月30日規則第26号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成9年8月1日規則第29号）

この規則は、平成9年8月1日から施行する。

附 則（平成9年9月26日規則第33号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成10年7月1日規則第47号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成10年1月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを補正することによって使用することができる。

附 則（平成10年7月31日規則第56号）

この規則は、平成10年8月1日から施行する。

附 則（平成11年4月1日規則第23号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成12年3月31日規則第29号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成11年7月1日から適用する。

附 則（平成12年12月28日規則第70号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成13年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを補正することによって使用することができる。

附 則 (平成13年6月1日規則第40号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成13年6月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の様式による用紙(様式第3号を除く。)については、当分の間、これを補正することによって使用することができる。
- 3 この規則の施行の日前に交付された受給者証の様式については、この規則による改正後の様式第3号の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則 (平成13年12月28日規則第65号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを補正することによって使用することができる。

附 則 (平成14年6月28日規則第59号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年7月1日から施行する。

(適用区分)

- 2 この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に受給者証の交付の申請をする者又は受給者証の更新に係る届出をする者について適用する。

附 則 (平成14年7月31日規則第62号)

この規則は、平成14年8月1日から施行する。

附 則 (平成14年10月1日規則第71号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年12月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の各規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。

附 則 (平成15年3月28日規則第25号)

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則 (平成15年7月30日規則第52号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成16年1月30日規則第1号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成16年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の各規則に規定する様式により交付されている受給者証その他の書類は、この規則による改正後の各規則に規定する様式により交付されたものとみなす。

- 3 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の各規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。

附 則 (平成17年3月30日規則第33号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則 (平成17年6月30日規則第46号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成18年3月30日規則第31号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則 (平成18年9月26日規則第60号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成19年3月26日規則第30号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第6号の改正規定(「(結核予防法等)」を削る部分に限る。)は、平成19年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の施行後も、当

分の間、これを使用することができる。

附 則（平成19年5月31日規則第43号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月27日規則第23号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年6月30日規則第47号）

この規則は、平成20年7月1日から施行する。

附 則（平成20年10月20日規則第61号）

この規則は、平成20年11月1日から施行する。

附 則（平成21年4月1日規則第24号）

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成22年3月29日規則第25号）

この規則は、平成22年10月1日から施行する。

ただし、第7条の改正規定及び第8条の改正規定（同条第1号に係る部分を除く。）は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年7月30日規則第47号）

（施行期日）

1 この規則は、平成22年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（平成22年10月1日規則第51号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則第12条第2項の規定は、この規則の施行の日以後に受けた損害により助成されるひとり親家庭等医療費について適用する。

附 則（平成23年3月31日規則第29号）

この規則は、平成23年10月1日から施行する。

附 則（平成 24 年 6 月 25 日規則第 43 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 24 年 7 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別表第 3 の規定は、平成 23 年以後の所得の制限について適用し、平成 22 年までの所得の制限については、なお従前の例による。

附 則（平成 24 年 10 月 31 日規則第 51 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 24 年 11 月 1 日から施行し、この規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則（以下「新規則」という。）第 5 条第 2 号の規定は、同年 8 月 1 日から適用する。

（経過措置）

2 新規則第 5 条第 2 号に規定する児童としてこの規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに対象となった児童に係る交付申請については、平成 24 年 12 月 31 日まですることができる。この場合において、受給者証の始期については、同年 8 月 1 日の前日までに新規則第 5 条第 2 号に規定する命令（以下「命令」という。）が発せられたときにあつては同日とし、同日から施行日の前日までの間に命令が発せられたときにあつては当該命令が発せられた日とする。

附 則（平成 25 年 9 月 30 日規則第 52 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 25 年 10 月 1 日から施行する。ただし、第 5 条第 2 号の改正規定は、平成 26 年 1 月 3 日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。

3 改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後の診療分について適用し、施行日前の診療分についてはなお従前の例による。

附 則（平成 26 年 9 月 30 日規則第 30 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成27年6月以前の資格審査に係るこの規則による改正後の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則(以下この項及び次項において「新規則」という。)第10条第1号及び第11条第1項の規定の適用については、新規則第10条第1号中「母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令(昭和39年政令第224号)第29条第1項に規定する母子家庭高等職業訓練修了支援給付金及び同令第31条の9第1項に規定する父子家庭高等職業訓練修了支援給付金」とあるのは「次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律(平成26年法律第28号)第2条の規定による改正前の母子及び寡婦福祉法(昭和39年法律129号)第31条に規定する母子家庭自立支援給付金」と、「母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等」とあるのは「母子家庭自立支援給付金」と、新規則第11条第1項中「母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等」とあるのは「母子家庭自立支援給付金」とする。

3 平成27年7月から平成28年6月までの資格審査に係る新規則第10条第1号及び第11条第1項の規定の適用については、新規則第10条第1号中「母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令」とあるのは「次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律(平成26年法律第28号)第2条の規定による改正前の母子及び寡婦福祉法(昭和39年法律第129号)第31条に規定する母子家庭自立支援給付金並びに母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令」と、「母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等」とあるのは「母子家庭自立支援給付金等」と、新規則第11条第1項中「母子家庭高等職業訓練修了支援給付金等」とあるのは「母子家庭自立支援給付金等」とする。

附 則(平成28年3月25日規則第12号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則(平成28年12月22日規則第60号)

(施行期日)

1 この規則は、平成29年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを補正して使用することができる。



別表第1（第2条関係）

（平24規則43・一部改正）

- 1 両眼の視力の和が0.08以下のもの
  - 2 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
  - 3 平衡機能に著しい障害を有するもの
  - 4 そしゃくの機能を欠くもの
  - 5 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
  - 6 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
  - 7 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
  - 8 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 9 一上肢の全ての指を欠くもの
  - 10 一上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの
  - 11 両下肢の全ての指を欠くもの
  - 12 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 13 一下肢を足関節以上で欠くもの
  - 14 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
  - 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
  - 16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
  - 17 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- （備考） 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第2（第4条関係）

（平24規則43・一部改正）

- 1 両眼の視力の和が0.04以下のもの
- 2 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
- 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 4 両上肢の全ての指を欠くもの
- 5 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの

- 6 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 7 両下肢を足関節以上で欠くもの
  - 8 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの
  - 9 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの
  - 10 精神に、労働をすることを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの
  - 11 傷病が治らないで、身体の機能又は精神に労働をすることを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有するものであって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過しているもの
- (備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

別表第3 (第9条、第12条関係)

(平6規則48・全改、平7規則36・平8規則31・平9規則29・平10規則56・平14規則59・平24規則43・一部改正)

| 扶養親族等又は児童の数 | 金額  |
|-------------|---|
| 0人          | 1,920,000円  |
| 1人以上        | 1,920,000円に当該扶養親族等又は児童1人につき380,000円を加算した額(所得税法に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養親族があるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき100,000円を、特定扶養親族等(同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族(19歳未満の者に限る。))をいう。以下同じ。)があるときは、当該特定扶養親族等1人につき150,000円を、その額に加算した額) |

別表第4 (第9条、第12条関係)

(平6規則48・平7規則36・平8規則31・平9規則29・平10規則56・平24規則43・一部改正)

| 扶養親族等又は児童の数 | 金額 |
|-------------|----|
|-------------|----|

|      |  |
|------|--|
| 0人   | 2,360,000円   |
| 1人   | 2,740,000円   |
| 2人以上 | 2,740,000円に扶養親族等又は児童のうち1人を除いた扶養親族等又は児童1人につき380,000円を加算した額<br>(所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、その額に当該老人扶養親族1人につき(当該老人扶養親族のほか扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき)60,000円を加算した額) |

別表第5 (第9条、第12条関係)

(平6規則48・平7規則36・平8規則31・平9規則29・平10規則56・平24規則43・一部改正)

| 扶養親族等の数 | 金額   |
|---------|--|
| 0人      | 2,360,000円   |
| 1人      | 2,740,000円   |
| 2人以上    | 2,740,000円に扶養親族等のうち1人を除いた扶養親族等1人につき380,000円を加算した額(所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、その額に当該老人扶養親族1人につき(当該老人扶養親族のほか扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき)60,000円を加算した額) |

(表)

様式第1号

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(現況届)兼受給者台帳

年 月 日

(宛先)所沢市長

次のとおり、ひとり親家庭等医療費 受給者証の交付を申請します。  
助成事業の現況を届け出ます。  
 後発医薬品を希望する旨を受給者証に記載してよろしいですか。( はい ・ いいえ )

なお、ひとり親家庭等医療費の助成に関し、世帯員全員の住民税課税台帳及び児童扶養手当受給資格台帳を閲覧することを承諾します。

|       |               |   |       |       |               |      |      |  |  |  |
|-------|---------------|---|-------|-------|---------------|------|------|--|--|--|
| 申請者   | 郵便番号          | —   |       |       |               | 電話番号 |      |  |  |  |
|       | 住所            | アパート・マンション名等もご記入ください。   |       |       |               |      |      |  |  |  |
|       | 氏名            |   |       |       |               |      |      |  |  |  |
|       | 生活保護等の受給状況    | 受給( 年 月 日から)・非受給・申請中( 年 月 日申請)  |       |       |               |      |      |  |  |  |
|       | 児童扶養手当の受給状況   | 受給( 年 月 日から)・非受給・申請中( 年 月 日申請)  |       |       |               |      |      |  |  |  |
|       | ひとり親家庭等となった理由 | 1 離婚 2 死亡(父・母) 3 障害(父・母) 4 生死不明(父・母)<br>5 遺棄(父・母) 6 保護命令(父・母) 7 拘禁(父・母)<br>8 未婚の女子の子 9 父母死亡 10 その他( ) |       |       |               |      |      |  |  |  |
|       | 上記事由の発生日      | 年 月 日   |       |       |               |      |      |  |  |  |
| 家族の状況 | (フリガナ)氏名      | 生年月日  | 続柄    | 居住の状態 | 監護又は養育を始めた年月日 | 対象区分 | 備考   |  |  |  |
|       | -----         | ・   | 申請者本人 | /     | /             | 対象   |      |  |  |  |
|       | 個人番号          |   |       |       |               | 非対象  |      |  |  |  |
|       | -----         | ・   |       | 同居別居  | ・             | 対象   |      |  |  |  |
|       | 個人番号          |   |       |       |               | 非対象  |      |  |  |  |
|       | -----         | ・   |       | 同居別居  | ・             | 対象   |      |  |  |  |
|       | 個人番号          |   |       |       |               | 非対象  |      |  |  |  |
|       | -----         | ・   |       | 同居別居  | ・             | 対象   |      |  |  |  |
| 個人番号  |               |   |       |       | 非対象           |      |      |  |  |  |
| の障害状況 | 氏名            | 障害名   |       |       | 確認内容          |      |      |  |  |  |
|       |               |   |       |       | 特別児童扶養手当証書番号  | 等級   | 次回有期 |  |  |  |
|       |               |   |       |       |               |      | 年 月  |  |  |  |

(裏)

|          |  |  |  |                               |                               |          |          |
|----------|--|--|--|-------------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| 加入医療保険   | <input type="checkbox"/> 次のとおり   |  | <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり            |                               |                               |          |          |
|          | 記号番号   | 記号   | 番号   |                               |                               |          |          |
|          | 被保険者氏名   |  |  |                               |                               |          |          |
|          | 資格取得年月日  | 年 月 日  |  |                               |                               |          |          |
|          | 保険者番号  |  |  |                               |                               |          |          |
|          | 保険者名称  |  |  |                               |                               |          |          |
|          | 交付年月日  | 年 月 日  |  |                               |                               |          |          |
|          | 適用区分   | <input type="checkbox"/> 本人  |  | <input type="checkbox"/> 家族   |                               |          |          |
| 付加給付     | <input type="checkbox"/> 無   |  | <input type="checkbox"/> 有                   |                               |                               |          |          |
| 振込先金融機関  | <input type="checkbox"/> 次のとおり   |  | <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり            |                               |                               |          |          |
|          | 区分   | 金融機関コード  |  | 本支店コード                        |                               |          |          |
|          | 金融機関名  | 銀行・信用金庫・信用組合<br>信託銀行・労働金庫・農協   |  |                               |                               |          |          |
|          | 本支店名   | 本店・支店・出張所  |  |                               |                               |          |          |
|          | 口座種別   | <input type="checkbox"/> 普通預金  |  | <input type="checkbox"/> 当座預金 | <input type="checkbox"/> 貯蓄預金 |          |          |
|          | 口座番号   |  | 所沢市から助成を受けるひとり親家庭等医療費交付金は、本金融機関に振り込むよう依頼します。 |                               |                               |          |          |
|          | (フリガナ)<br>口座名義   |  |  |                               |                               |          |          |
| 所得者等     | 年分所得   |  | 申請者  | 配偶者                           | 扶養義務者                         |          |          |
|          | 氏名   |  |  |                               |                               |          |          |
|          | 控除対象配偶者及び扶養親族の合計<br>(うち老人扶養親族の数及び特定扶養親族等の数)  |  | (老人)<br>(特人)<br>(16~19歳人)                    | (老人)                          | (老人)                          | (老人)     |          |
|          | 上記以外で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  |  | 人  |                               |                               |          |          |
| 所得の状況    | 所得額  |  | 円  | 円                             | 円                             | 円        |          |
|          | 控除額  | 障害者である控除対象配偶者及び扶養親族  | 障  | (人)円                          | (人)円                          | (人)円     | (人)円     |
|          |  |  | 特障   | (人)円                          | (人)円                          | (人)円     | (人)円     |
|          |  | 障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・勤労学生の別  |  | 障・特障・寡・勤                      | 障・特障・寡・勤                      | 障・特障・寡・勤 | 障・特障・寡・勤 |
|          |  | その他控除  |  | 円                             | 円                             | 円        | 円        |
|          | 社会保険料等相当額  |  | 円  | 円                             | 円                             | 円        |          |
|          | 控除額計   |  | 円  | 円                             | 円                             | 円        |          |
|          | 控除後の所得   |  | 円  | 円                             | 円                             | 円        |          |
| 所得限度額    |  | 円  | 円  | 円                             | 円                             |          |          |
| 提出書類確認方法 | 戸籍謄本(抄本) [添付<br>住民票 [添付<br>所得証明書 [添付<br>認定調書 [添付<br>生計申告書 [添付<br>養育費申告書 [添付<br>健康保険証 [提示 | 児童扶養手当証書<br>児童扶養手当証書<br>児童扶養手当証書<br>児童扶養手当証書<br>児童扶養手当証書<br>児童扶養手当証書 | その他(公簿確認<br>公簿確認)                            | その他( )<br>その他( )              |                               |          |          |

(表)  
ひとり親家庭等認定調書

(宛先)所沢市長

次のとおり相違ありません。  
年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

離婚 死亡 障害 不明 遺棄 保護命令 拘禁 未婚 その他

|                             |                               |  |                 |                 |
|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 離婚 | 婚姻(事実婚)を解消した相手方の氏名            |  | 婚姻(事実婚)を解消した年月日 | 年 月 日           |
|                             | 事実婚の解消理由                      |  | 事実婚開始年月日        | 年 月 日           |
|                             | 事実婚の関係にあったときの住所               |  |                 |                 |
| <input type="checkbox"/> 死亡 | 死亡した父又は母の氏名                   | (父・母)  | 死亡年月日           | 年 月 日           |
|                             | 障害の状態にある父又は母の氏名 (父・母)         |  |                 |                 |
| <input type="checkbox"/> 障害 | 添付書類                          | 1 年金証書 有期 無し・有り(次回提出年月 年 月)<br>2 医師の診断書 有期 無し・有り( 年)                     |                 |                 |
|                             | 就労の状況                         | 1 就労している<br>2 就労していない(理由: )<br>3 休業中(休業の期間: 年 月 日から)                     |                 |                 |
|                             | 日常生活状況                        | 1 介護の状況(常時看護が必要・その他) )<br>2 身辺処理状況(手助けが必要・その他) )                         |                 |                 |
|                             | 通院等の状況                        | 1 通院の状況 月平均 回程度<br>2 過去1年間の入院歴 入院 回、延べ 日間                                |                 |                 |
|                             | <input type="checkbox"/> 生死不明 | 生死が明らかでない父又は母の氏名   | (父・母)           | 生死が明らかでない期間     |
| 生死が明らかでない状況                 |                               |  |                 |                 |
| <input type="checkbox"/> 遺棄 | 遺棄している父又は母の氏名                 | (父・母)  | 遺棄の期間           | 年 月 日から引き続き現在まで |
|                             | 遺棄の区分                         | 1 父が家出 2 母が家出  |                 |                 |
|                             | 遺棄している父又は母の行方                 | 1 不明 2 判明 住所: 電話:  |                 |                 |
|                             | 子の安否を気遣う電話、手紙等の連絡             | 1 無し 2 有り ア 時々有り(月 回程度)<br>イ 年 月頃まで有ったが現在は無し                             |                 |                 |
|                             | 仕送りの状況                        | 1 無し 2 有り ア 定期的に有り(月 円程度)<br>イ 時々有り(1回当たり 円程度)<br>ウ 過去に有り( 年 月頃まで、現在は無し) |                 |                 |
|                             | 警察、親類等への捜索依頼                  | 1 無し 2 有り( 年 月 警察署届出)  |                 |                 |
|                             | 離婚の意思                         | 1 無し 2 有り 3 現在は考えていないが将来は考えたい  |                 |                 |
|                             | 遺棄している父又は母の住民登録               | 1 無し 2 有り 3 抹消予定( 年 月 日頃を予定)   |                 |                 |

(裏)

|          |                     |   |  |      |
|----------|---------------------|---|--|------|
| □保護命令    | 保護命令の申立てをした父又は母の氏名  | (父・母)   |  |      |
|          | 保護命令を受けた者(相手)と児童の関係 | 1 父・母<br>2 父・母の配偶者  |  |      |
|          | 保護命令申立ての内容          | 1 退去命令<br>2 接近禁止命令<br>3 子への接近禁止命令<br>4 親族等への接近禁止命令<br>5 電話等禁止命令 |  |      |
|          | 保護命令決定日             | 年 月 日   |  |      |
|          | 保護命令確定日             | 年 月 日   |  |      |
|          | 保護命令の有効期間           | 年 月 日   |  |      |
|          | 離婚の意思               | 1 無し 2 有り 3 現在は考えていないが将来は考えたい                                   |  |      |
|          | 添付書類                | 1 保護命令決定書の謄本及び確定証明書<br>2 児童扶養手当請求用確定証明書                         |  |      |
|          | □拘禁                 | 拘禁されている父又は母の氏名  | (父・母)  | 添付書類 |
| 拘禁期間     |                     | 年 月 日 から 年 月 日 までの予定  |  |      |
| □未婚の女子の子 | 父の状況                | 1 不明 2 判明   | 氏名:<br>住所:<br>妻の有無: ア 有り イ 無し                                  |      |
|          | 子の安否を気遣う電話、手紙等の連絡   | 1 無し 2 有り   | ア 時々有り(月 回数度)<br>イ 年 月頃まで有ったが現在は無し                             |      |
|          | 子の安否を気遣う訪問          | 1 無し 2 有り   | ア 時々有り(月 回数度)<br>イ 年 月頃まで有ったが現在は無し                             |      |
|          | 仕送りの状況              | 1 無し 2 有り   | ア 定期的に有り(月 円程度)<br>イ 時々有り(1回当たり 円程度)<br>ウ 過去に有り( 年 月頃まで、現在は無し) |      |
|          | 生計維持の方法             |   |  |      |
| □その他     | 上記各項目以外の場合は具体的な状況   |   |  |      |
| 備考       |                     |   |  |      |

様式第2号の2

養育費申告書

※ 受付年月日 年 月 日

|     | 受取人     | 養育費の額 | 誰からのものか | 備考 |
|-----|---------|-------|---------|----|
| 1月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 2月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 3月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 4月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 5月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 6月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 7月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 8月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 9月  | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 10月 | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 11月 | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 12月 | 母(父)・児童 | 円     |         |    |
| 合計  | 母(父)    | 円     |         |    |
|     | 児童      | 円     |         |    |

上記のとおり相違ありません。

年 月 日 氏名 

- (注)1 前夫(妻)(ひとり親家庭等医療費の支給対象となっている児童の父(母))から前年(ただし、1月から6月までの間に申請する人の場合は前々年。現況届をする人の場合は対象となる年の前々年)に、受給者又は児童が受け取った金品その他の経済的利益(以下「養育費」といいます。)がある場合には、その額を記入してください。
- 2 養育費が無い場合は「養育費の額」の欄に必ず「0」を記入してください。
- 3 養育費は、ひとり親家庭等医療費支給制度における所得となりますので、正確に申告してください。
- 4 上記の※の欄は、担当者が記入しますので、記入しないでください。



様式第3号

(表)

| ㊦ ひとり親家庭等医療費受給者証 |       |    |
|------------------|-------|----|
| 受給者番号            | 受給者氏名 |    |
|                  | 生年月日  | 続柄 |
|                  |       |    |
|                  |       |    |
|                  |       |    |
|                  |       |    |
|                  |       |    |
|                  |       |    |
|                  |       |    |

| ㊦ ひとり親家庭等医療費受給者証                          |    |  |   |     |       |  |    |     |  |
|---|----|--|---|-----|-------|--|----|-----|--|
| 公費負担者番号                                   |    |  |   |     |       |  |    |     |  |
| 申請者                                       | 氏名 |  |   |     |       |  |    |     |  |
|   | 住所 |  |   |     |       |  |    |     |  |
| 受給者番号                                     |    |  |   |     | 受給者氏名 |  |    |     |  |
|   |    |  |   |     | 生年月日  |  | 続柄 |     |  |
|   |    |  |   |     |       |  |    |     |  |
| 有効期間                                      | 年  |  | 月 | 日から | 年     |  | 月  | 日まで |  |
|   |    |  |   |     |       |  |    |     |  |
| 年 月 日交付                                   |    |  |   |     |       |  |    |     |  |
| 所沢市長 <span style="float: right;">印</span> |    |  |   |     |       |  |    |     |  |

(裏)

注 意 事 項

様式第4号

第 号  
年 月 日

様

所沢市長



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

年 月 日付けで申請のあったひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、審査の結果、次の理由で対象者と認められませんので通知します。

氏名

理由

教 示

1 審査請求について

この処分不服のある場合には、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の通知を受けた日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを、所沢市を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において所沢市を代表する者は、所沢市長です。ただし、この処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第4号の2

第 号  
年 月 日

様

所沢市長 

### ひとり親家庭等医療費支給停止通知書

次のとおり、ひとり親家庭等医療費の支給停止を決定しましたので通知します。

1 支給停止の理由

2 支給停止の期間

年 月 日から 年 月 日まで

### 教示

1 審査請求について

この処分不服のある場合には、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の通知を受けた日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを、所沢市を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において所沢市を代表する者は、所沢市長です。ただし、この処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第5号

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)所沢市長

住 所.....

申請者 氏 名.....

電話番号.....

次のとおり、医療費受給者証の再交付を申請します。

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 受給者番号 |       |       |       |       |       |
| 氏 名   |       |       |       |       |       |
| 生年月日  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

|        |  |                              |                              |
|--------|--|------------------------------|------------------------------|
| 再交付理由  | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 焼失<br><input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他( ) |                              |                              |
| 加入医療保険 | <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり   |                              |                              |
|        | 記 号 番 号  | 記号                           | 番号                           |
|        | 被保険者氏名   |                              |                              |
|        | 資格取得年月日  | 年 月 日                        |                              |
|        | 保 険 者 番 号  |                              |                              |
|        | 保 険 者 名 称  |                              |                              |
|        | 交 付 年 月 日  | 年 月 日                        |                              |
|        | 適 用 区 分  | <input type="checkbox"/> 本 人 | <input type="checkbox"/> 家 族 |
|        | 付 加 給 付  | <input type="checkbox"/> 無   | <input type="checkbox"/> 有   |

|     |       |     |     |     |
|-----|-------|-----|-----|-----|
| 受 付 | 医療証返却 | 入 力 | 確 認 | 再交付 |
|     |       |     |     |     |

様式第6号

|   |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |       |    |  |  |
|---|--------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--------|-------|----|--|--|
| 申請者<br>記入欄  | □ ひとり親家庭等 医療費交付申請書 |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日        |        |       |    |  |  |
|   | (宛先) 所沢市長          |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 住所 .....     |        |       |    |  |  |
|   |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者 氏名 ..... |        |       |    |  |  |
|   |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 .....   |        |       |    |  |  |
| 下記のとおり申請します。本申請に係る医療費助成金は、登録を行った口座に振り込むよう依頼します。なお、市が健康保険組合等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することを承諾します。 |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |       |    |  |  |
| 受給者番号   |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 記号番号   | 記号    | 番号 |  |  |
| 対象者   | (フリガナ)             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 加入医療保険 | 保険者番号 |    |  |  |
|   | 氏名                 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        | 保険者名  |    |  |  |
|   | 生年月日               | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |       |    |  |  |
| 申請額が 円以上 この申請分と同月に、同じ健康保険証を使って、1か所の病院に保険診療分の医療費を 円以上支払った家族がいる。                            |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |              | はい・いいえ |       |    |  |  |

|             |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  |   |
|-------------|-----------|-------|--|---------|------|----|-----|------|------|----|----|--------------------|-----|-----|----|-----|--|---|
| 医療機関<br>記入欄 | 診療月       | 年 月 分 |  | 医療機関コード | 埼玉   | 1  | 1   |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  |   |
|             |           |       |  |         | 東京   | 1  | 3   |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  |   |
|             |           |       |  |         | 他    |    |     |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  |   |
|             | 1 入院…入院日数 |       |  | 日       | 診療科目 | 1  | 2   | 3    | 4    | 5  | 6  | 7                  | 8   | 9   | 10 | その他 |  |   |
| 2 外来        |           |       |  |         | 内科   | 外科 | 小児科 | 整形外科 | 泌尿器科 | 歯科 | 眼科 | 耳鼻科                | 婦人科 | その他 |    |     |  |   |
| 保険診療総点数     |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  | 点 |
| 他法負担点数      |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  | 点 |
| 一部負担金       |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    |                    |     |     |    |     |  | 円 |
|             |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    | 医療機関等<br>所在地 ..... |     |     |    |     |  |   |
|             |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    | 名称 .....           |     |     |    |     |  |   |
|             |           |       |  |         |      |    |     |      |      |    |    | 氏名 .....           |     |     |    |     |  |   |

|       |      |      |    |           |     |       |        |                  |             |      |        |                  |                  |             |        |    |  |
|-------|------|------|----|-----------|-----|-------|--------|------------------|-------------|------|--------|------------------|------------------|-------------|--------|----|--|
| 処理欄   | 診療区分 | 1    | 2  | 3         | 4   | 証明区分  | 21     | 22               | 31          | 公費区分 | 41     | 42               | 43               | 44          | 45     | 49 |  |
|       |      | 医科   | 歯科 | 調剤        | その他 |       | 証<br>明 | レ<br>シ<br>ー<br>ト | 手<br>数<br>料 |      | 特<br>定 | 養<br>育<br>更<br>生 | 療<br>育<br>成<br>育 | 精<br>神<br>科 | 其<br>他 |    |  |
| 総点数   |      | 負担割合 |    | 一部負担金 (A) |     |       |        | 計 (B)            |             |      |        |                  |                  |             |        |    |  |
| ×10円× |      | /10= |    | = 円       |     |       |        |                  |             |      |        |                  |                  |             |        |    |  |
| 現物G   |      | 公費K  |    | 高額療養費     |     | 付加給付金 |        |                  |             |      |        |                  |                  |             |        |    |  |
| (B) - |      | -    |    | -         |     | ( + ) |        | = 医療費助成額 円       |             |      |        |                  |                  |             |        |    |  |

- 11 補装具
- 12 マッサージ
- 13 はりきゅう
- 14 看護
- 15 移送
- 16 柔道
- 17 整復
- 18 訪問看護
- 19 その他

様式第7号

ひとり親家庭等医療費交付決定通知書

先に申請のありましたひとり親家庭等医療費について、所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則第18条の規定に基づき次のとおり決定したので通知します。

年 月 日

所沢市長



記

|         |       |       |   |
|---------|-------|-------|---|
| 振込予定年月日 | 年 月 日 | 助成額合計 | 円 |
|---------|-------|-------|---|

振込口座

口座名義人

様

| 明細<br>受診年月 | 枚中<br>医療機関名 | 枚目 | 入外 | 保険一部<br>負担金 | 高額療養費 | 付加給付金 | 食事助成額 | 助成額 | 単位：円<br>摘要 |
|------------|-------------|----|----|-------------|-------|-------|-------|-----|------------|
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |
|            |             |    |    |             |       |       |       |     |            |

注意)健康保険組合からの高額療養及び付加給付に該当する場合は、申請額と助成額が異なります。

様式第8号

ひとり親家庭等医療費申出書

No.

|      |
|------|
| 診療年月 |
| 年 月分 |

|         |   |  |  |  |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード |   |  |  |  |  |  |  |
| 1       | 1 |  |  |  |  |  |  |

|   |     |
|---|-----|
| 1 | 医科  |
| 2 | 歯科  |
| 3 | 薬局  |
| 4 | その他 |

|    | 受給者証番号        | 受診者氏名(カタカナ)<br>生年月日 | 保険       | 保険診療総点数 | 保険診療一部負担金 |
|----|---------------|---------------------|----------|---------|-----------|
| 1  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 2  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 3  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 4  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 5  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 6  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 7  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 8  |               |                     | 1 所沢市国保  | 点       | 円         |
|    | 外来 2 入院 1( )日 | 年 月 日               | 2 社保国保組合 |         |           |
| 合計 |               |                     |          | 件       | 円         |

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費を申し出ます。

(宛先) 所沢市長

年 月 日

所在地  
 名称  
 氏名 ㊟



様式第9号

様

ひとり親家庭等医療費支払通知書

先に申出のありましたひとり親家庭等医療費について、所沢市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則第20条の規定に基づき次のとおり通知します。

年 月 日

所沢市長



|         |       |        |   |
|---------|-------|--------|---|
| 振込予定年月日 | 年 月 日 | 支払金額合計 | 円 |
|---------|-------|--------|---|

振込口座

医療機関コード

医療機関等名称

明細 枚中 枚目

単位：円

| 診療年月 | 受診者氏名 | 入外 | 支払金額 | 摘要 | 診療年月 | 受診者氏名 | 入外 | 支払金額 | 摘要 |
|------|-------|----|------|----|------|-------|----|------|----|
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |
|      |       |    |      |    |      |       |    |      |    |

様式第10号

(表)

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成資格内容変更届 |       |       |
| 年 月 日  |       |       |
| (宛先)所沢市長                                     |       |       |
| 住 所.....                                     |       |       |
| 申請者 氏 名.....                                 |       |       |
| 電話番号.....                                    |       |       |
| 次のとおり、資格内容の変更を届け出ます。                         |       |       |
| 受給者番号  |       |       |
| 氏 名  |       |       |
| 生 年 月 日                                      | 年 月 日 | 年 月 日 |

|  |   |   |      |
|--|---|---|------|
| <input type="checkbox"/> 住所変更(新しい住所)       | <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 申請者住所のとおりに <input type="checkbox"/> 別添写しのとおりに                   |   |      |
|  | 郵便番号  | -   | 電話番号 |
|  | 住 所   | アパート・マンション名等もご記入ください。                                     |      |
| 区 分  | <input type="checkbox"/> 全 員 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 申請者<br><input type="checkbox"/> その他( ) |   |      |
| <input type="checkbox"/> 加入医療保険変更(新しい医療保険) | <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおりに   |   |      |
|  | 記 号 番 号   | 記号  | 番号   |
|  | 被保険者氏名  |   |      |
|  | 資格取得年月日   | 年 月 日   |      |
|  | 保 險 者 番 号   |   |      |
|  | 保 險 者 名 称   |   |      |
|  | 交 付 年 月 日   | 年 月 日   |      |
|  | 適 用 区 分   | <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 家 族 |      |
| 付 加 給 付                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |   |      |

(裏)

|                    |  |   |        |
|--------------------|--|---|--------|
| □振込先金融機関変更(新しい振込先) | <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり |   |        |
|                    | 区 分  | 金融機関コード   | 本支店コード |
|                    | 金融機関名  | 銀行・信用金庫・信用組合<br>信託銀行・労働金庫・農協  |        |
|                    | 本支店名   | 本店・支店・出張所   |        |
|                    | 口座種別   | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金 |        |
|                    | 口座番号   |   |        |
|                    | (フリガナ)<br>口座名義   |   |        |
| □氏名変更              | <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり |   |        |
|                    | 区 分  | 新しい氏名   | 旧 氏 名  |
|                    | (フリガナ)<br>受 給 者  |   |        |
|                    | (フリガナ)<br>受 給 者  |   |        |
|                    | (フリガナ)<br>受 給 者  |   |        |
|                    | (フリガナ)<br>受 給 者  |   |        |
| 変更事由               |  |   |        |
| □その他の変更            | <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり( )                             |   |        |
|                    | □生活保護等受給開始：      年      月      日から                               |   |        |
|                    | □死 亡( )：      年      月      日死亡                                  |   |        |
|                    | □ひとり親家庭等でなくなった。<br>事由(具体的に)：                                     |   |        |
| 備考                 |  |   |        |

|     |       |     |     |     |
|-----|-------|-----|-----|-----|
| 受 付 | 医療証返却 | 入 力 | 確 認 | 交 付 |
|     |       |     |     |     |

様式第11号

第 号  
年 月 日

様

所沢市長



ひとり親家庭等医療費受給資格消滅通知書

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格が消滅しましたので通知します。

1 消滅者氏名

2 消滅した年月日 年 月 日

3 消滅した理由

教 示

1 審査請求について

この処分に不服のある場合には、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の通知を受けた日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを、所沢市を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において所沢市を代表する者は、所沢市長です。ただし、この処分があったことを知った日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日(審査請求をした場合は、審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第1号

(平28規則60・全改)

様式第2号

(平24規則51・全改)

様式第2号の2

(平17規則33・全改)

様式第3号

(平22規則47・全改)

様式第4号

(平17規則33・全改、平28規則12・一部改正)

様式第4号の2

(平18規則31・追加、平28規則12・一部改正)

様式第5号

(平14規則62・全改、平14規則71・平20規則47・平20規則61・平22規則47・平23規則29・一部改正)

様式第6号

(平15規則25・全改、平19規則30・平20規則23・平20規則61・平21規則24・平22規則25・平22規則47・平23規則29・一部改正)

様式第7号

(平14規則62・全改、平21規則24・平22規則47・一部改正、平25規則52・旧様式第8号繰上、平26規則30・一部改正)

様式第8号

(平25規則52・追加)

様式第9号

(平25規則52・追加)

様式第10号

(平14規則62・全改、平14規則71・平20規則47・平20規則61・平22規則25・平22規則47・平23規則29・一部改正、平25規則52・旧様式第9号繰下)

様式第11号

(平17規則33・全改、平25規則52・旧様式第10号繰下、平28規則12・

一部改正)