

○桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年10月11日

規則第2号

改正 昭和52年3月31日規則第1号

昭和60年7月3日規則第3号

平成8年12月24日規則第12号

平成11年3月4日規則第1号

平成14年9月26日規則第14号

平成15年10月1日規則第11号

平成18年7月21日規則第15号

平成19年7月2日規則第22号

平成20年3月18日規則第1号

平成20年7月17日規則第11号

平成22年10月27日規則第12号

平成25年3月28日規則第5号

平成26年10月8日規則第7号

平成28年3月31日規則第7号

令和3年1月13日規則第2号

(趣旨)

第1条 この規則は、桂川町子ども医療費の支給に関する条例(昭和49年条例第19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。

(受給資格の認定申請の手続)

第2条 条例第5条の規定により、子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証(以下「被保険者証等」という。)
- (2) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によつて確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

3 条例第2条第1号イ及びウに掲げる子どもが子ども医療費の支給を受けようとする

場合の受給資格の申請手続きについては、条例第2条第1号ア又はイに掲げる子どもの受給資格の申請手続きの際に、同時にしたものとみなす。

(医療証の交付及び未交付の通知)

第3条 条例第6条第1項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、町長が同条同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を子どもごとに審査したうえ、次の各号により行うものとする。

(1) 条例第2条第1号アに掲げる者用 様式第2号

(2) 条例第2条第1号イ及びウに掲げる者用 様式第2号の2

2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

3 前条第3項の規定により、第3条第1項第2号で定める子ども医療証を交付する場合は、当該受給資格者が6歳に達する日以後最初の4月1日までに交付するものとする。

(医療証の有効期限)

第4条 医療証の有効期限は、当該各号に定める日までとする。

(1) 条例第2条第1号アに掲げる子どもにあつては、6歳に達する日以後の最初の3月31日

(2) 条例第2条第1号イ及びウに掲げる子どもにあつては、15歳に達する日以後の最初の3月31日（ただし、入院については、18歳に達する日以後の最初の3月31日）

2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該子ども医療証を、速やかに町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、よごし、又は失つたときは、子ども医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失つた医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他町長が定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とす

る。

(子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、子ども医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、子どもが国民健康保険の被保険者以外にあつては、子ども医療費請求書を提出するものとする。

(子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて子ども医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、子どもが桂川町国民健康保険の被保険者であつて、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によつて確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもつてその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 子どもの住所及び氏名
- (2) 子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が被保険者等でない場合のみ）
- (4) 子どもの死亡
- (5) 子どもの被保険者等
- (6) 子どもの被保険者等に係る保険者
- (7) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、子ども医療変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなつたときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、子ども医療費の支給事由が第三者の行為によつて生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届出なければならない。

(様式)

第11条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳 様式第1号
- (2) 子ども医療証 様式第2号
- (3) 子ども医療証 様式第2号の2
- (4) 子ども医療証再交付申請書 様式第3号
- (5) 子ども医療費請求書(医科、歯科用) 様式第4号
- (6) 子ども医療費請求書(調剤用) 様式第5号
- (7) 子ども訪問看護療養費請求書 様式第6号
- (8) 子ども医療費支給申請書 様式第7号
- (9) 子ども医療変更届 様式第8号
- (10) 第三者の行為による被害届 様式第9号
- (11) 子ども医療費受給資格喪失届 様式第10号

附 則

1 この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児医療費から適用する。

2 桂川町乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則(昭和48年規則第1号)は、廃止する。

附 則(昭和52年規則第1号)

この規則は、昭和52年7月1日から施行する。

附 則(昭和60年規則第3号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成8年規則第12号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の桂川町乳幼児医療費の支給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11年規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成14年規則第14号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則(平成15年規則第11号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成16年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、平成16年1月1日前においても、改正後の桂川町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、桂川町乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成15年桂川町条例第12号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成18年規則第15号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。
- 2 第11条に定める様式第4号から第6号までの様式については、当分の間、改正前の様式を取繕つて使用することができる。

附 則（平成19年規則第22号）

この規則は、平成19年9月1日から施行し、同日以後に受ける医療費から適用する。

附 則（平成20年規則第1号）

この規則は、平成20年4月1日から施行し、同日以後に受ける医療費から適用する。

附 則（平成20年規則第11号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の桂川町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、桂川町乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年条例第17号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成22年規則第12号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成23年1月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

(準備行為)

- 2 町長は、施行日前においても、改正後の桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条及び第3条の規定による受給資格の認定及び受給資格者に対する子ども

も医療証の交付の手続きを行うことができる。

附 則（平成25年規則第5号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成25年7月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

- 2 町長は、施行日前においても、改正後の桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条及び第3条の規定による受給資格の認定及び受給資格者に対する子ども医療証の交付の手続きを行うことができる。

附 則（平成26年規則第7号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成27年1月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

- 2 町長は、施行日前においても、改正後の桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条及び第3条の規定による受給資格の認定及び受給資格者に対する子ども医療証の交付の手続きを行うことができる。

附 則（平成28年規則第7号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、附則第2項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

- 2 町長は、施行日前においても、改正後の桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条及び第3条の規定による子ども医療費の支給に係る受給資格の認定及び受給資格者に対する子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（令和3年規則第2号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、附則第2項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

- 2 町長は、施行日前においても、改正後の桂川町子ども医療費の支給に関する条例施行規則第2条及び第3条の規定による子ども医療費の支給に係る受給資格の認定及

び受給資格者に対する子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

様式第1号

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳													
医療証番号								資格認定年月日		年 月 日		3歳未満・3歳以上	
								申請事由		出生・転入・その他( )			
乳幼児	ふりがな氏名	年 月 日生				男・女	住所						
	個人番号												
保護者	ふりがな氏名	乳幼児との続き柄( )				男・女	住所						
	個人番号												
生計維持者	ふりがな氏名	乳幼児との続き柄( )				男・女	住所						
	個人番号												
医療保険	保険種別	政・組・日 船・共・国		被保険者証の 氏名、記号・番号		氏名	記号	番号					
	保険者名	保険者番号				所在地	付加給付の有無		有・無				
所得の状況	年分 所得額 円		所得区分	ア 被用者又は公務員 イ 被用者等でない者		扶養親族等及び児童の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人 扶養親族の合計数)		人 ( 人)	児童手当の 受給の有無		有・無		
<p>上記のとおり、乳幼児医療費受給資格認定を申請します。</p> <p>3歳に到達した場合は、世帯全員及び該当受給者の生計維持者の所得状況を貴下担当職員が個人番号を利用して関係機関に調査、照会することに同意します。</p> <p>また、高額療養費該当があったときは、高額療養費給付金に関する受領を 福岡県嘉穂郡桂川町長 に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 桂川町長 あて 個人番号</p>													
審査欄	控除後の所得額 円		所得制限限度額 円		判定 可・否		備考欄						



様式第2号

(表 面)		(裏 面)		
桂川町子ども医療				
(乳) 医 療 証				
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
負担者番号	8	1	4 0 0 7 5 6	
受給者番号				
受 住 所				
給 氏 名			男・女	
者 生年月日	年 月 日			
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない			
発行機関名及び印	福岡県 桂川町長			
交付年月日	年 月 日			
注意事項				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. この証は、市町村の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから大切に保持してください。</li> <li>2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>3. 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。</li> <li>4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>5. 受給者が加入している医療保険又は、その内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</li> <li>7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)</li> <li>8. 15歳に達する日以後最初の4月1日から18歳に達する日以後最初の3月31日までを対象とする子ども医療については、ひとり親家庭等医療が優先します。</li> <li>9. 6歳に到達する日以後最初の4月1日から18歳に達する日以後最初の3月31日までを対象とする子ども医療については、障がい者医療が優先します</li> </ol>				
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 規格 日本工業規格 B列7番</li> <li>2. 印刷色 黒色</li> <li>3. 地色 <u>ラベンダー</u></li> <li>4. 負担者番号 別紙のとおり</li> <li>5. 受給者番号 市町村において設定する。</li> </ol>		
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。				

(表 面)										(裏 面)
桂川町子ども医療										<p style="text-align: center;">注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. この証は、市町村の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから大切に保持してください。</li> <li>2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>3. 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。</li> <li>4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>5. 受給者が加入している医療保険又は、その内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</li> <li>7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)</li> <li>8. 15歳に達する日以後最初の4月1日から18歳に達する日以後最初の3月31日までを対象とする子ども医療については、ひとり親家庭等医療が優先します。</li> <li>9. 6歳に到達する日以後最初の4月1日から18歳に達する日以後最初の3月31日までを対象とする子ども医療については、障がい者医療が優先します</li> </ol>
⑦ 医 療 証										
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで									
負担者番号	8	1	4	0	0	7	5	6		
受給者番号										
受 住 所										
給 氏 名									男・女	
者 生年月日	年 月 日									
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり600円を限度 ※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。									
発行機関名及び印	福岡県 桂 川 町 長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>									
交付年月日	年 月 日									
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。										

1. 規格 日本工業規格 B列7番
2. 印刷色 黒色
3. 地色 ラベンダー
4. 負担者番号 別紙のとおり
5. 受給者番号 市町村において設定する。



1	3	8
医科	歯科	医保

年 月分 子障親医療費請求書

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿

医療機関  
コード

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

下記のとおり請求する。  
年 月 日



	保険給付別	件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑤ 子ども	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付別	件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑥ 障がい者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付別	件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑨ ひとり親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親医療費請求書

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿

薬 局  
コ ー ド

下記のとおり請求する。  
年 月 日

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開 設 者 氏 名



	保 険 給 付 別	件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
⑥ 障 が い 者	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
⑨ ひ と り 親	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

9	8
訪	医 保

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿

訪 問 看 護  
ステーションコード

下記のとおり請求する。  
年 月 日

訪問看護ステーションの  
所在地及び名称  
開設者氏名



	保険給付別		件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
	割合							
⑤ 子 ど も	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑥ 障 が い 者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑨ ひ と り 親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号

子ども医療費支給申請書

年 月 日

桂川町長 あて

申請者 住所  
氏名

印

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

子ども医療証 の受給者番号	.....	被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名		世帯主、 被保険者等 氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地 名称		
医療費 総額	円	申請額	円
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他( )		

子ども医療変更届

年 月 日

桂川町長 あて

届出人 住所  
氏名

印

受給者 氏名

子ども医療証の  
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由(該当するものを○で囲む)

1. 受給者の住所
2. 世帯主等の住所
3. 受給者の氏名
4. 世帯主等の氏名
5. 受給者の世帯主、被保険者等
6. 被保険者証等の記号番号
7. その他 ( )

II 変更の内容

変更年月日	変更前	変更後



第三者の行為による被害届

年 月 日

桂川町長 あて

届出人 住所 氏名 印

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)	
加害者	住所		氏名	職業 電話
加害者の 使用者	住所		氏名	職業 電話
負傷の日時及び場所	年 月 日午前・午後 時 分頃 場所			
発病の原因 又は負傷時の状況				
疾病又は負傷の程度		治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた 医師名	当初	住所	氏名	電話
	転医後	住所	氏名	電話
自動車事故 の場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地	
損害賠償に 関する交渉 の経過				

様式第10号

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

桂川町長 へ

届出人 住所

氏名

印

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1, 転出
	2, 生活保護受給
	3, 死亡
	4, その他 ( )
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証	受給者番号
	氏 名

様式第 1 号

様式第 2 号

様式第 2 号の 2

様式第 3 号

様式第 4 号

様式第 5 号

様式第 6 号

様式第 7 号

様式第 8 号

様式第 9 号

様式第 1 0 号