

香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和7年12月11日

香芝市長 三橋和史

香芝市規則第58号

香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則（平成3年規則第16号）の一部を次のように改正する。

第3条第1項各号列記以外の部分を次のように改める。

条例第4条第1項の規定による証明書の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）及び条例第3条の2第1項の規定により助成金の支給を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付（更新）申請書兼助成金支給申請書（第1号様式。以下「受給資格証交付申請書」という。）に次に掲げる書類を添付し、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号をいう。）を提供又は資格確認書を添付する方法等（以下「個人番号提供等」という。）により国民健康保険法（昭和33年法律第192号）又は社会保険各法の規定による被保険者等であることの確認を受けた上で、市長に提出しなければならない。ただし、条例第2条第1号ハ又はニに掲げる者について、これらの者を扶養又は養育する者が同時に受給資格証交付申請書を提出する場合には、受給資格証交付申請書その他の書類の提出を要しない。

第3条第1項第2号を削り、同項第3号中「条例第3条の2」を「条例第3条の3」に改め、同号を第2号とし、同条第2項第2号中「条例第3条の2第1項」を「条例第3条の3各号」に、「前項第3号」を「前項第2号」に改める。

第4条第1項中「受給資格証交付申請書を受理した市長は」を「市長は、受給資格証交付申請書を受理した場合は、これを審査し」に、「第2号の2様式」を「第3号様式」に、「第3号様式」を「第4号様式」に改める。

第10条を第12条とする。

第9条中「（第14号様式）に準じ福祉医療システムにより常に必要なデータの管理を行わなければならない」を「を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない」に改め、同条を第11条とする。

第8条の2第1項中「第12号様式」を「第11号様式」に改め、同条第2項中「第13号様式」を「第12号様式」に改め、同条を第10条とし、第8

条を第9条とし、第7条を第8条とする。

第6条第1項中「添付して」を「添付し、個人番号提供等により申請者及び対象児童が国民健康保険法又は社会保険各法の規定による被保険者等であるとの確認を受けた上で、」に改め、同条を第7条とする。

第5条の2を次のように改める。

(支給方法)

第6条 条例第3条の2第1項に規定する助成金の支給は、受給資格証交付申請書に基づき支給するものとする。ただし、受給資格証の提示によらない医療に係る助成金の支給を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書（第5号様式）に領収書その他一部負担金等を医療機関等で支払ったことが明らかとなるものを添えて市長に提出しなければならない。

第1号様式から第14号様式までを削り、附則の次に次の13様式を加える。

第1号様式（第3条、第7条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書兼助成金支給申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則第3条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------|--|------|------|--|--|--|
| 父母等 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 続 柄 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | 個人番号 | | | |
| 子ども 1 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 申 請 者 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏 名 | | | | 個人番号 | | | | |
| 子ども 2 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 申 請 者 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏 名 | | | | 個人番号 | | | | |
| 子ども 3 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 申 請 者 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏 名 | | | | 個人番号 | | | | |
| 加入医療保険 | 別紙のとおり | | | | | | | | |
| 申 請 事 由 | <input type="checkbox"/> 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 海外渡航中 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 配偶者のない女子又は男子に扶養されている対象児童 <input type="checkbox"/> 父母のない児童 <input type="checkbox"/> 父母のいない児童を養育している配偶者のない女子若しくは男子又は婚姻をしたことのない女子若しくは男子 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 次の全て事項に同意します。 1 香芝市が本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の関係公簿等を閲覧及び使用することに同意します。 2 療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合に、医療機関等が診療報酬明細書及び本医療費受給資格証等の写しを徴し、市長に提出すること。 3 本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。 4 その他事務上、市長が必要と認めること。 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----|---------|-----------------------|------|--|-------------------|--|--|--|--|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀 行 農 協 信 用 金 庫 | | | 本 店 支 店 出張所 | | | | |
| | 預 金 種 別 | 普通・当座 その他 () | 口座番号 | | | | | | |
| | フ リ ガ ナ | | | | | | | | |
| | 名 義 | | | | | | | | |

(委任状)

私は、
ひとり親家庭等医療費助成金の受領に関すること。

申請者の住所、氏名(署名又は記名押印)

代理人の住所、氏名(署名又は記名押印)

第2号様式（第4条関係）

(表)

| ひとり親家庭等医療費受給資格証 | | | | | | | |
|--|------|----------------|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 受 給 者 | 住所 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | |
| 有効期間 | | 年月日から 年月日まで | | | | | |
| 発行機関名 及び印 | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年月日 | | | | | |
| (注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市福祉医療窓口へ直接申請してください。 | | | | | | | |

(裏)

| 注意事項 | |
|---|--|
| <p>1 この証は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けて受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受ける際に、この証を必ず窓口に提出してください。</p> <p>3 福祉医療費資金貸付制度利用者は、資金貸付資格認定証を必ず本受給資格証に添えて窓口に提出してください。</p> <p>4 受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。</p> <p>5 氏名又は住居地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出してください。</p> <p>6 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市町村長にその旨を届け出してください。</p> <p>7 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>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処分の対象となります。</p> | |
| <p>有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市町村長に返してください。</p> | |

第3号様式（第4条関係）

(表)

| ひとり親家庭等医療費受給資格証 | | | | | | | 現物 | |
|--|------|----------------|-----------------------------------|--|--|--|----|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| 受給者 | 住所 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | |
| 一部負担金 | 通院 | | 1レセプトにつき500円 | | | | | |
| | 入院 | | 1レセプトにつき500円 (14日以上の入院は1,000円) | | | | | |
| | 調剤 | | なし | | | | | |
| 有効期間 | | 年月日から 年月日まで | | | | | | |
| 発行機関名 及び印 | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年月日 | | | | | | |
| (注) 奈良県外での受診、柔道整復・訪問看護以外の療養費は、現物給付方式の対象となりません。 医療保険制度における自己負担額を支払い、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してください。 | | | | | | | | |

(裏)

| 注意事項 |
|---|
| 1 この証は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けて受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受ける際に、この証を必ず窓口に提出してください。 3 受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。 4 氏名又は居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出してください。 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市町村長にその旨を届け出してください。 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市町村長に返してください。 |

第4号様式（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長

印

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請却下通知書

年 月 日付で申請のあったひとり親家庭等医療費受給資格証
交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので、通知します。

理由

（教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、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月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第5号様式（第6条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則第6条第1項の規定により、 年 月 分の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額 金 円

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------|-----|---------|---------|---------|---------|--|--|--|--|
| 受給者番号 | 受給者氏名 | | | □申請者と同じ | | | | | | | | | |
| 加入医療保険の名称 | 加入医療保険記号番号 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 登録している口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 支 払 機 関 名 | | 預 金 種 別 | | | 口 座 番 号 | | | | | | | |
| | 銀行 | | 支店 | 普通・当座・その他() | | | | | | | | | |
| | 農協 | | 店 番 | フ リ ガ ナ | | | | | | | | | |
| | 信金 | | | 口座名義人 | | | | | | | | | |
| 医療等の状況 | 入院 | 次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 | | | | | | | | | | | |
| | | 日数及び期間 | | | | | 総点数 | | 自己負担支払額 | | | | |
| | | 日 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | 点 | | 円 | | | | |
| | 外来等 | 1 | 次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 | | | | | | | | | | |
| 日数 | | | | | 総点数 | | 自己負担支払額 | | | | | | |
| 日 | | | | | 点 | | 円 | | | | | | |
| 2 | | 次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 | | | | | | | | | | | |
| | | 日数 | | | | | 総点数 | | 自己負担支払額 | | | | |
| | | 日 | | | | | 点 | | 円 | | | | |
| 3 | 次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 | | | | | | | | | | | | |
| | 日数 | | | | | 総点数 | | 自己負担支払額 | | | | | |
| | 日 | | | | | 点 | | 円 | | | | | |

第6号様式（第8条関係）

受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり受給資格証の再交付を申請します。

| | | |
|----------------|--|---------------------------------|
| 受給資格証 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住　　所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 氏　　名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 個人番号 | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（　　） | |

備考

- 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
- 2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。

第7号様式（第9条関係）

住所・氏名変更届

年 月 日

香芝市長

住所

氏名

電話番号

住所又は氏名を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

| | |
|-------|---------------------------------|
| 受給者番号 | |
| 受給者氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 旧住所 | |
| 新住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 旧氏名 | |
| 新氏名 | |
| 個人番号 | |

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。

第8号様式（第9条関係）

加入医療保険変更届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

加入医療保険に変更が生じましたので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------------------|--|--|--|--|------------|---------|------------------|--|--|
| 受給資格証受給者番号 | | | | | | | | | | | |
| 変更後の 加入 医療保険 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | | 受給者との続柄 | | |
| | 保 険 種 別 | 国(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共 | | | | | 本 人 家 族 | 記 号 番 号 | | | |
| | 保 険 者 番 号 及 び 名 称 | | | | | | | | 保 険 者 の 所 在 地 | | |
| | 変 更 の 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 被保険者資格喪失年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |

第9号様式（第9条関係）

所得状況変更届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

所得状況に変更を生じましたので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|-----------------------|------------------|---------------------------------|
| 申請者受給資格証 受 給 者 番 号 | | |
| 1 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 申 請 者 と の 続 柄 | |
| | 個 人 番 号 | |
| 2 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 氏 名 | |
| | 申 請 者 と の 続 柄 | |
| | 個 人 番 号 | |
| 3 | 現 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 氏 名 | |
| | 申 請 者 と の 続 柄 | |
| | 個 人 番 号 | |

備考 所得状況に変更が生じた方の情報を記載してください。

第10号様式（第9条関係）

資格喪失届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電話番号

ひとり親家庭等医療費の助成を受ける資格がなくなりましたので、次のとおり届け出ます。

| | |
|-----------------|------|
| 受給資格証 受給者番号 | |
| 受給者 | 住所 |
| | 氏名 |
| | 個人番号 |
| 資格喪失 の理由 | |
| 資格喪失理由 発生年月日 | |

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。

第11号様式（第10条関係）

第 号
年 月 日
様

香芝市長

印

受給資格登録停止通知書

年 月 日付で受給資格証を交付したひとり親家庭等医療費受給資格について、次のとおり登録を停止するので、通知します。

| | | | |
|------------|---|-----------------|--|
| 受給者番号 | | | |
| 受給者 | | | |
| 受給資格登録停止事由 | | | |
| 受給資格登録停止期間 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 | 日から上記事項が解消されるまで | |

備考 本通知受領後、速やかに受給資格証を返還してください。

（教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、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月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第12号様式（第10条関係）

第 号
年 月 日

様

芝市長

印

受給資格登録停止解除通知書

年 月 日付けで登録を停止したひとり親家庭等医療費受給資格
登録について、年 月 日付けで登録の停止を解除するので、通知
します。

附 則
(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、令和7年12月2日から適用する。
(経過措置)
- 2 この規則の施行の際現に改正前の香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。