

改正

昭和53年12月21日条例第25号
昭和59年9月28日条例第14号
平成6年12月20日条例第15号
平成10年6月25日条例第24号
平成12年9月22日条例第33号
平成12年12月19日条例第41号
平成13年6月21日条例第20号
平成14年9月25日条例第21号
平成16年6月18日条例第20号
平成18年9月20日条例第20号
平成20年3月10日条例第7号
平成21年3月18日条例第8号
平成24年3月9日条例第2号
平成25年3月19日条例第19号
平成26年3月14日条例第10号

剣淵町子ども医療費の助成に関する条例

(目的)

第1条 この条例は、子どもの医療費をその保護者に助成することにより、疾病の早期診断と早期治療を促進し、子どもの健やかな成長と福祉の増進を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この条例において次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 「子ども」とは、満15歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの者をいう。
- (2) 「保護者」とは、子どもの親権を行う者、後見人その他の者で現に子どもを監護する者をいう。
- (3) 「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。
 - ア 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - ウ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - エ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
 - オ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - カ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (4) 「医療費」とは、対象者の疾病又は負傷について、医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に関する給付の額（その者が医療保険各法による被保険者（健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者を含む。以下この条例において同じ。）若しくは組合員であるときは、当該医療保険各法による療養の給付を受けた場合の当該療養の給付の額から当該療養に関する当該医療保険各法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。）と当該疾病又は負傷について他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われた場合における当該給付の額とを合算した額が当該医療に要する費用に満たないときのその満たない額をいう。
- (5) 「食事療養標準負担額」とは、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額をいう。
- (6) 「付加給付」とは、医療保険各法の規定により被保険者若しくは組合員の一部負担金に相当

する額の範囲内において付加給付されるもの又は医療保険各法の被扶養者の医療費のうち当該各法の規定により付加給付されるものをいう。ただし、国民健康保険法第43条第1項の規定により、一部負担金の割合を減じられている場合には、当該減じられた割合に相当する額をいう。

(受給資格者)

第3条 この条例に定める受給の対象となる者（以下「受給資格者」という。）は、医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者であり、かつ、剣淵町の区域内に住所を有する世帯に属する子どもとする。ただし、次の各号の一に該当するものは除くものとする。

- (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子ども
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号に規定する措置により、小規模住居型児童養育事業を行う者若しくは里親に委託され、又は児童福祉施設に入所している子ども

(受給資格者の認定等)

第4条 保護者は、町長に受給資格者の認定申請をしなければならない。

- 2 町長は、前項の申請に基づき、この条例に定める受給資格者と認定したときは、申請者に受給者証を交付しなければならない。

(受給期間)

第5条 受給期間は、受給資格要件を満たすこととなった日から満15歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までとする。

(助成の範囲)

第6条 町長は、医療保険各法による被保険者又は被扶養者であって、町の区域内に住所を有する世帯（生活保護法による被保護世帯を除く。）に属する子どもに係る医療費から食事療養標準負担額及び付加給付される額を控除して得た額（以下「助成額」という。）を保護者に対して助成する。

(助成の申請及び申請期間)

第7条 前条の助成は、保護者からの申請に基づき行うものとする。

- 2 町長は、前項の規定にかかわらず助成額を医療保険各法に規定する保険医療機関又は保険薬局等（以下「保険医療機関等」という。）の請求に基づき、当該保険医療機関等に支払うことができる。
- 3 前2項の申請及び請求期間は、医療を受けた日の属する月の末日から起算して2年以内とする。
- 4 町長は、第2項に規定する支払いについての事務を北海道社会保険診療報酬支払基金及び北海道国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(届出の義務)

第8条 受給資格者がその資格を喪失したとき、又は届出事項に変更があったときは、保護者は、その旨を速やかに町長に届出なければならない。

(助成金の返還)

第9条 町長は、偽り、その他不正な行為により、第6条に定める助成を受けた者があるときは、その者から当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第10条 この条例の施行に関し、必要な事項は規則で定める。

附 則

この条例は、昭和48年10月1日から施行する。

附 則（昭和53年12月21日条例第25号）

この条例は、昭和54年1月1日から施行する。

附 則（昭和59年9月28日条例第14号）

- 1 この条例は、昭和59年10月1日から施行する。
- 2 剣淵町乳児医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第5号）は廃止する。

附 則（平成6年12月20日条例第15号）

(施行期日)

- 1 この条例は、平成7年1月1日から施行する。
(標準負担額に関する経過措置)
- 2 この条例の施行の日から平成8年9月30日までの間は、この条例の規定による改正後の条例第2条中「標準負担額(健康保険法第43条の17第2項に規定する厚生大臣が定める額)」とあるのは、「600円(健康保険法第43条の17第2項の厚生省令で定める者については、厚生大臣が別に定める額)」とする。
附 則(平成10年6月25日条例第24号)
この条例は、公布の日から施行する。
附 則(平成12年9月22日条例第33号)
この条例は、平成12年10月1日から施行する。
附 則(平成12年12月19日条例第41号)
この条例は、平成13年1月6日から施行する。
附 則(平成13年6月21日条例第20号)
- 1 この条例は、平成13年10月1日から施行する。
- 2 平成13年3月31日以前に現にこの条例による改正前の剣淵町乳幼児医療費の助成に関する条例第5条の規定により受給資格を有していた者に係る助成については、この条例による改正後の剣淵町乳幼児医療費の助成に関する条例第3条第3号の規定にかかわらず、なお従前の例による。
附 則(平成14年9月25日条例第21号)
この条例は、平成14年10月1日から施行する。
附 則(平成16年6月18日条例第20号)
この条例は、平成16年10月1日から施行する。
附 則(平成18年9月20日条例第20号)
この条例は、平成18年10月1日から施行する。
附 則(平成20年3月10日条例第7号)
この条例中第1条の規定は平成20年4月1日から、第2条の規定は同年10月1日から施行する。
附 則(平成21年3月18日条例第8号)
この条例中第1条の規定は平成21年4月1日から、第2条の規定は同年8月1日から施行する。
附 則(平成24年3月9日条例第2号)
この条例は、平成24年4月1日から施行する。
附 則(平成25年3月19日条例第19号)
この条例は、平成25年4月1日から施行する。
附 則(平成26年3月14日条例第10号)
(施行期日)
- 1 この条例は、平成26年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この条例の施行の際、改正前の剣淵町乳幼児等医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第14号)(以下「旧条例」という。)の規定により、受給資格者の認定を受けている者は、この条例の規定による受給資格者の認定を受けた者とみなす。
- 3 改正後の剣淵町子ども医療費の助成に関する条例(以下「改正条例」という。)の規定は、この条例の施行の日(以下「施行日」という。)以後の医療費について適用し、この条例の施行日前において旧条例の規定による医療費については、なお従前の例による。

改正

平成元年3月28日規則第6号
平成6年12月22日規則第17号
平成13年9月14日規則第18号
平成14年9月30日規則第19号
平成16年9月30日規則第24号
平成18年9月20日規則第18号
平成20年3月17日規則第4号
平成20年12月29日規則第19号
平成21年7月21日規則第11号
平成28年2月1日規則第1号
平成28年4月1日規則第9号

剣淵町子ども医療費の助成に関する条例施行規則

(目的)

第1条 この規則は、剣淵町子ども医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第14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。

(受給資格者の認定申請)

第2条 条例第4条の規定により、認定申請をしようとする者は、様式第1号による子ども医療費受給資格認定申請書（以下「認定申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者若しくは被扶養者たることを証する書類（以下「被保険者証」という。）
 - (2) 保護者（子どもの生計を主として維持する者に限る。）の所得の状況を明らかにする書類
 - (3) 受給者の属する世帯全員が市町村民税非課税の場合は、それを確認できる書類
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によっ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ものとする。
- 3 町長は、第1項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給資格者の登録及び受給者証の交付)

第3条 町長は、前条の規定による申請を受理し、認定すべき者として決定したときは、これを子ども医療給付登録台帳（様式第2号）に登録し、子ども医療費受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

- 2 受給者証を毀損又は亡失したときは、子ども医療費受給者証再交付申請書（様式第4号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。
- 3 受給者証の有効期限は、毎年7月末日とし、毎年更新するものとする。
- 4 受給者は、前項の有効期限後引き続き医療費の助成を受けようとするときは、町長に申請しなければならない。
- 5 町長は、前項の規定にかかわらず、資格要件を確認できるときは、申請に代えて職権で受給者証の更新をすることができる。

(受給者証の提示)

第4条 受給資格者が医療機関等において医療に関する給付を受けようとするときは、受給者証に被保険者証を添えて当該医療機関等に提示しなければならない。

(助成の申請)

第5条 条例第7条に規定する助成の申請は、子ども医療費助成申請書（様式第5号）に医療機関等で発行する一部負担金等を領収したことを証明する書類を添えて提出しなければならない。

（助成額の決定）

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、審査のうえ助成の額を決定し、子ども医療費助成金支払通知書（様式第6号）により当該申請者に通知するものとする。

（受給資格の喪失及び受給者証の返還）

第7条 受給資格者が、次の各号の一に該当するに至ったときは、その資格を喪失する。

（1）町の区域内に住所を有しなくなったとき。

（2）死亡したとき。

（3）条例第3条ただし書に該当するに至ったとき。

2 前項各号の規定に該当するに至ったときは、速やかに子ども医療費資格喪失届（様式第7号）を町長に提出し、受給者証を返還しなければならない。

（変更の届出）

第8条 保護者は、次の各号の一に該当するに至ったときは、子ども医療費受給資格変更届（様式第8号）を町長に提出しなければならない。

（1）加入している医療保険に変更があったとき。

（2）住所に変更があったとき。

（3）前2号のほか申請事項の内容に変更があったとき。

（補則）

第9条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の日の前日までに条例の規定に基づき保護者が行った申請及びこれに関する町長の処分は、この規則の規定による当該申請及び処分とみなす。

附 則（平成元年3月28日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成6年12月22日規則第17号）

この規則は、平成7年1月1日から施行する。

附 則（平成13年9月14日規則第18号）

この規則は、平成13年10月1日から施行する。ただし、第3条に1項を加える改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成14年9月30日規則第19号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年9月30日規則第24号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年9月20日規則第18号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年3月17日規則第4号）

この規則中第1条の規定は平成20年4月1日から、第2条の規定は同年10月1日から施行する。

附 則（平成20年12月29日規則第19号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成21年7月21日規則第11号）

この規則は、平成21年8月1日から施行する。

附 則（平成28年2月1日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年4月1日規則第9号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28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提出されているこの規則による改正前の剣淵町子ども医療費の助成に関する条例施行規則の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の剣淵町子ども医療費の助成に関する条例施行規則の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号（第2条関係）

剣淵町子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

剣淵町長 様

課税状況等の確認に同意し、剣淵町子ども医療費受給者証の交付を申請します。

(下記の太線の中だけ記入して下さい。)

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|--|-----------------|-----------------|------------------|
| 保 護 者 | ふりがな | | 住 所 | | 申 請 事 由 |
| | 氏 名 | | 剣淵町 | | |
| | 個人 番号 | | 電 話 番 号 | | |
| 男・女 | 生 年 月 日 | 0 1 6 5 - | | | |
| | 年 月 日 | | | | |
| | | | | | |
| 配 偶 者 | ふりがな | | 個人 番号 | | |
| | 氏 名 | | | | |
| 受 給 対 象 者 の 状 況 | 受 給 者 氏 名 | ふりがな | ふりがな | ふりがな | |
| | | 氏名 | 氏名 | 氏名 | |
| | 個 人 番 号 | | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日生 (満 歳) | |
| | 性 別 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 | 男 ・ 女 | |
| | 保 護 者 と の 続 柄 | | | | |
| 保 護 者 と の 同 居 別 居 の 別 | 同 居 ・ 別 居 | 同 居 ・ 別 居 | 同 居 ・ 別 居 | | |
| 加 医 療 保 険 入 換 | 保 険 種 別 | 国 保・国 保 組 合 政 管・共 済 組 合 健 保・社会保険事務所 その他 | 保 険 証 番 号 | | 附 加 給 付 |
| | | | 保 険 者 機 関 名 | | 有・無 |
| 勤 務 先 及 び 連 絡 先 | (住 所) ----- (勤 務 先) | 電 話 番 号 | | — — | |
| 保 護 者 の 年 金 加 入 状 況 | | 1 国民年金又は未加入 | | 2 厚生年金又は共済年金 | |

処理経過記入欄

| | | | | | |
|-----|----------------|------------|---------|------------------------|-------|
| 認 定 | 受 給 者 証 番 号 | 認 定 期 間 | 年 月 日から | 公 簿 確 認 | 担 当 者 |
| | No. | (該当する診療期間) | 年 月 日まで | | |
| 却 下 | 住 民 税 課 ・ 非 | 却 下 の 事 由 | | 住 民 基 本 台 帳 課 税 台 帳 | |

様式第2号 (第3条関係)

| | | | |
|----------|----------|---------------|-----|
| | | 剣淵町子ども医療費受給者証 | |
| 公費負担者番号 | 90011321 | 受給者番号 | |
| | 91011320 | | |
| | 92011329 | | |
| 乳幼児等 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 有効期間 | | 年 月 日から | |
| | | 年 月 日まで | |
| 自己負担 | なし | | |
| 発行機関名及び印 | 剣淵町長 | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | |

※医療機関・調剤薬局の皆様へ
取り扱いについては、裏面を参考して下さい。

| | | | | |
|----------|----------|---------------|-------|--|
| | | 剣淵町子ども医療費受給者証 | | |
| 公費負担者番号 | 92011329 | | 受給者番号 | |
| | | | | |
| | | | | |
| 乳幼児等 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | 年 月 日から | | |
| | | 年 月 日まで | | |
| 自己負担 | なし | | | |
| 発行機関名及び印 | 剣淵町長 | | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | |

※医療機関・調剤薬局の皆様へ
取り扱いについては、裏面を参考して下さい。

| | | | | |
|----------|----------|---------------|-------|--|
| | | 剣淵町子ども医療費受給者証 | | |
| 公費負担者番号 | 92011329 | | 受給者番号 | |
| | | | | |
| | | | | |
| 乳幼児等 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | 年 月 日から | | |
| | | 年 月 日まで | | |
| 自己負担 | なし | | | |
| 発行機関名及び印 | 剣淵町長 | | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | |

※医療機関・調剤薬局の皆様へ
取り扱いについては、裏面を参考して下さい。

| | |
|--|--|
| 注意事項 | |
| 1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、医療機関等窓口での自己負担はございません。(ただし、保険適用外を除く。) なお、この証は北海道外の保険医療機関等では使用できません。 | |
| 2 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。 | |
| 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。 | |
| 4 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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日以内に町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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 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、速やかに町長に返してください。 | |
| 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 | |
| 保健医療機関の皆様へ | |
| 診療報酬明細書の請求について | |
| (1) 未就学児の入通院、小学生の入院・指定訪問看護 | |
| ・「子初」の初診時と「子課」においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。 | |
| ・なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。 | |
| ・「子初」で初診時以外については、医療保険と公費「90」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。 | |
| (2) 小学生の入院外 | |
| ・医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。 | |
| (3) 「子初」又は「子課」の表示で新年度より中学生となった以降の入通院 | |
| ・医療保険と公費「92」の併用で請求してください。 | |
| ・医療保険の請求点数は「保険欄」に記載し、公費の一部負担金額への記載はしないでください。 | |
| ※一部負担金 | |
| ・表面左上に「子課」の表示がある場合 | |
| ① 内科・歯科・調剤の場合 1割に相当する額 | |
| ② その他町長が定める額 | |
| ・表面左上に「子初」又は「子課」のうち「初診時一部負担金のみ」の表示がある場合 | |
| ① 内科受診の場合 580円 | |
| ② 歯科受診の場合 510円 | |
| ③ その他町長が定める額 | |

| | |
|--|--|
| 注意事項 | |
| 1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、医療機関等窓口での自己負担はございません。(ただし、保険適用外を除く。) なお、この証は北海道外の保険医療機関等では使用できません。 | |
| 2 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。 | |
| 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。 | |
| 4 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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日以内に町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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 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、速やかに町長に返してください。 | |
| 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 | |
| 保健医療機関の皆様へ | |
| 診療報酬明細書の請求について | |
| (1) 医療保険と公費「92」の併用で請求してください | |
| (2) 医療保険の請求点数は「保険欄」に記載し、公費の一部負担金額への記載はしないでください。 | |

| | |
|--|--|
| 注意事項 | |
| 1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、医療機関等窓口での自己負担はございません。(ただし、保険適用外を除く。) なお、この証は北海道外の保険医療機関等では使用できません。 | |
| 2 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。 | |
| 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。 | |
| 4 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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日以内に町長にその旨を届け出てください。 | |
| 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 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、速やかに町長に返してください。 | |
| 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 | |
| 保健医療機関の皆様へ | |
| 診療報酬明細書の請求について | |
| (1) 医療保険と公費「92」の併用で請求してください | |
| (2) 医療保険の請求点数は「保険欄」に記載し、公費の一部負担金額への記載はしないでください。 | |

様式第4号（第3条関係）

剣淵町子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

剣淵町長 様

申請者
住 所
氏名（保護者）

㊟

剣淵町子ども医療費受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

| | | | | |
|---------|--|--|-------|--|
| 受給資格者 | 住 所 | | 受給者番号 | |
| | 氏 名 | | | |
| 申請の理由 | 1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他（ ） | | | |
| ※ 決 定 欄 | 1 上記申請内容を審査の結果、適当と認めたので、受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。 （決定年月 年 月 日） | | | |
| | 却下理由 | | | |

様式第5号（第5条関係）

医療費助成申請書

| 年齢 | 区分 | 回数 |
|----|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

年 月 日

劍淵町長 様

住 所 劍淵町 町 番 号
番地

申 請 者

氏 名 ⑩

上記医療費の支給を受けたいので申請します。

| 申請金額 | 円 | 初 診 時 | | 一部負担金 | 助成金額 | 法定自己負担額 |
|------|--------|-----------|-----|-------|---------------------|---------|
| | | 回 | ※ 円 | ※ 円 | ※ 円 | ※ 円 |
| 受給者 | 受給者証番号 | | 第 号 | | ※ 3歳以上・3歳未満・小学生・中学生 | |
| | 氏 名 | | | | ※ 課税世帯 ・ 非課税世帯 | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | | 医療機関等 | 名称 | |
| | 電話番号 | - - | | | 住所 | |
| | 医療保険 | 国保・社保・その他 | | | | |
| 記号番号 | | | | | | |

太線内は必ず記入して下さい。

医療保険欄でその他を選んだ場合は右欄に保険機関名を記入して下さい。

※欄は記入しないでください。

様式第6号（第6条関係）

年 月 日

様

劍淵町長

劍淵町子ども医療費助成金支払通知書

先に申請のありました劍淵町子ども医療費助成金については、次のとおり交付することに決定したので、通知します。

記

1 決定支給額 円

2 支払日 年 月 日

3 支払方法

様式第7号（第7条関係）

剣淵町子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

剣淵町長 様

保護者 住 所 剣淵町 _____ 町 _____

氏 名 _____ ㊟

個人番号 _____

(電話 _____)

下記の理由により剣淵町子ども医療費受給資格が喪失しましたので届け出します。

記

| 受 給 者 氏 名 | 個 人 番 号 | 受 給 者 番 号 | 喪 失 年 月 日 |
|-----------|---|-----------|-----------|
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| 理 由 | 1 他市町村へ転出 (転出先: _____ 市・町・村) 2 医療保険の被保険者・被扶養者等でなくなった 3 死亡 4 生活保護の受給開始 5 その他 (_____) | | |
| 備 考 | | | |

様式第8号 (第8条関係)

剣淵町子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

剣淵町長 様

住 所 剣淵町 _____ 町 _____

届出者 氏 名 _____ ㊞

個人番号 _____

下記のとおり受給資格に変更がありましたのでお届けします。

記

| 受給者 | 氏名 | | 個人番号 | | 生年月日 | | 受給者番号 | | |
|------|---------|-----|------|---|------|-------|-------|---|--|
| | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| 届出内容 | 住所 | 変更後 | 剣淵町 | | | 変更年月日 | | | |
| | | 変更前 | 剣淵町 | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 氏名 | 変更後 | | | | 変更年月日 | | | |
| | | 変更前 | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 医療保険 | 変更後 | 保険名 | | 番号 | 変更年月日 | | | |
| | | 変更前 | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者の氏名 | 変更後 | | | | 変更年月日 | | | |
| | | 変更前 | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 保護者 | 変更後 | 氏名 | | | | 変更年月日 | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 | | | |