

○芦屋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8日規則第9号

改正

昭和52年4月28日規則第11号
昭和60年6月27日規則第4号
昭和60年7月4日規則第9号
平成8年9月30日規則第17号
平成11年3月24日規則第10号
平成15年10月21日規則第16号
平成18年9月13日規則第24号
平成18年9月20日規則第29号
平成20年9月25日規則第22号
平成23年12月27日規則第19号
平成26年3月24日規則第6号
平成28年9月30日規則第24号

芦屋町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、芦屋町子ども医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第32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。

(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、町長が同項に規定する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行うものとする。

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。

(医療証の有効期限等)

第4条 子ども医療証の有効期限は、当該子どもが15歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。ただし、町長が必要と認めるときは、有効期限を別に定めることができる。

2 受給資格者は、有効期限が過ぎたときは、当該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、又は失ったときは、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、失っ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、その他町長の定める病院、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、子どもが芦屋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ったときは、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け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・更新）申請書兼台帳 様式第1号

（2）子ども医療証 様式第2号

（3）子ども医療証再交付申請書 様式第3号

（4）子ども医療費請求書（医科、歯科用） 様式第4号

（5）子ども医療費請求書（調剤用） 様式第5号

（6）子ども訪問看護療養費請求書 様式第6号

（7）子ども医療費支給申請書 様式第7号

（8）子ども医療変更届 様式第8号

（9）第三者の行為による被害届 様式第9号

（10）子ども医療費受給資格喪失届 様式第10号

附 則

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。

附 則（昭和52年4月28日規則第11号）

（施行期日）

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6月27日規則第4号）

この規則は、昭和60年7月1日から施行する。

附 則（昭和60年7月4日規則第9号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成8年9月30日規則第17号）

この規則は、公布の日から施行し、平成8年4月1日から適用する。

附 則（平成11年3月24日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第4号及び第5号の改正規定は平成9年9月1日から適用する。

附 則（平成15年10月21日規則第16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、改正後の芦屋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、芦屋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年条例第26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9月13日規則第24号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の芦屋町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則第11条第4号から第6号までの規定による様式については、所要の修正を加え、当分の間使用することができる。

附 則（平成18年9月20日規則第29号）

この規則は、平成19年1月1日から施行する。

附 則（平成20年9月25日規則第22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、改正後の芦屋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、芦屋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29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23年12月27日規則第19号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児・子ども医療費から適用する。ただし、次項の規定は、公布の日から適用する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、この規則の施行の日前においても、改正後の芦屋町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対して子ども医療証を交付することができる。

附 則（平成26年3月24日規則第6号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成26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・子ども医療費から適用する。ただし、次項の規定は、公布の日から適用する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、この規則の施行の日前においても、改正後の芦屋町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対して子ども医療証を交付することができる。

附 則（平成28年9月30日規則第24号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成28年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る子ども医療費から適用

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、この規則の施行の日においても、改正後の芦屋町子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対して子ども医療証を交付することができる。

様式第1号（第11条関係）

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

受給者番号		申請認定年月日		年 月 日			
		申請理由		（出生・転入・保護制度・見舞・その他）			
子ども	フリガナ			親・保	住所		
	氏名	年 月 日 生			個人番号		
保護者	フリガナ			親・保	住所		
	氏名	子どもの続柄（ ）			個人番号		
生計維持者	フリガナ			親・保	住所		
	氏名	子どもの続柄（ ）			個人番号		
医療機関	保険			氏名	姓	名	番
	種類	被保険者の氏名、住所、番号			住所	番	
所得の状況	所得			所得	所得		所得
	状況	所得者又は所得者			所得者又は所得者		所得者又は所得者
上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。 当該申請に際して芦屋町が市町村に係る住民税及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。 高額療養費に該当する場合は、その請求、受取及び返還を芦屋町に行います。 年 月 日 申請者 住所 氏名 市町村長（印）							
市町村		芦屋町の市町村		市町村		市町村	

様式第2号（第11条関係）

(表 面)		(裏 面)			
子 芦屋町子ども医療 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 6 7 3 受給者番号 受給者 住所 氏名 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 芦屋町長 交付年月日 年 月 日 ※この証は県外の医療機関等では使用できません。		注 意 事 項 1. この証は、「芦屋町子ども医療費の支給に関する条例」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。 2. 子ども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。 3. 子どもが芦屋町の区域外に転出したとき、又は有効期間を満了したときは、この証を使用することができませんので、速やかに芦屋町長に返してください。 4. 子ども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、速やかに芦屋町長にその旨を届け出てください。 5. 子ども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、速やかに芦屋町長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容服代、入院室料の滞り、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 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、芦屋町に払い戻しの申請を行ってください。)		1 規格 日本工業規格 JIS 7 系 2 印刷色 黒色 3 地色 うぐいす色 4 負担者番号 別紙のとおり 5 受給者番号 芦屋町において設定する。	

様式第3号（第11条関係）

決 裁 欄	課長	係長	係

子ども医療証再交付申請書

年 月 日

芦屋町長殿

申請者

住所

氏名

印

電話番号

下記の通り、子ども医療証を再交付して下さるよう申請いたします。

医療証の
受給者番号

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

受給者の
氏名

受給者の
個人番号

申請の理由

1. なくした
2. やぶれた
3. よごれた
4. その他 ()

様式第4号（第11条関係）

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

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

総

	保 険 給 付 別 割 合 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外点数	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						
	保 険 給 付 別 割 合 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外点数	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別 割 合 別		件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外点数	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〕 空印の欄は記入しないでください。
この形式で国保該当者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 5 号（第11条関係）

年 月分 子障親医療費請求書

4 0

殿

業 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
照 会 者 氏 名

総

	保 険 給 付 別 割 合 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					
	保 険 給 付 別 割 合 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
	保 険 給 付 別 割 合 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	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〕 赤印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者の請求はできません。
実態者（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 6 号（第11条関係）

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

印

保 険 給 付 制 度 別			件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外金額	率 金 額	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	期	請 求						
		*決 定						
保 険 給 付 制 度 別			件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外金額	率 金 額	備 考
⑥ 障 害 者	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	期	請 求						
		*決 定						
保 険 給 付 制 度 別			件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外金額	率 金 額	備 考
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求						
		*決 定						
	8 割	請 求						
		*決 定						
	期	請 求						
		*決 定						

(注) 率の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者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(第11条関係)

子 ども 医 療 費 支 給 申 請 書

年 月 日

芦屋町長 殿

申請者 住所 芦屋町

氏名



電話

次の通り、(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	国保・社保()
受給者氏名							世帯主、被保険者 ・組合員 氏名	
個人番号							個人番号	
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()							

銀行口座に振込を希望される方は下記にご記入ください。

名 義 人		銀 行 名		種 類	口 座 番 号
カナ			銀 行	普	
			信 金		
			農 協		
氏名			支 店	当	

	医療費総額	保険者負担	他法負担額	調整額	給付外の額 (町独自)	支給済額 (県補助)
医 科	円	円	円	円	円	円
調 剤	円	円	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円	円	円

様式第8号(第11条関係)

子 障 ひと り 親 家 庭 等 医療変更届

年 月 日

芦屋町長 殿

届出人 住所 芦屋町

氏名

印

電話番号

受給者 氏名

個人番号

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、お届けいたします。

1. 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・組合員
 (6) 被保険者証(組合員証)の記号・番号
 (7) その他 ()

2. 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

様式第9号 (第11条関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

芦 屋 町 長 殿

届出人 住所
氏名

㊦

次のとおり届けます。

被 害 者	受給資格者名 (被害者名)		受給者番号	個人番号
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	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	円
			通院	円
			診療費総額	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 所 有 者	住所	氏名	電話
	自 動 車 番 号			
自動車事故 の 場 合	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 (第11条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

芦屋町長 殿

届出人 住所

氏名

印

TEL

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 (月 日)	へ転出予定
		2 生活保護受給	
		3 死亡	
		4 生計維持する者の所得超過	
		5 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		