

(第1条関係)寒川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則新旧対照表

現 行	改 正 案
～ 略 ～ <u>第1号様式(第12条・第17条関係)</u> (別紙のとおり) ～ 略 ～	～ 略 ～ <u>第1号様式(第12条・第17条関係)</u> (別紙のとおり) ～ 略 ～

(第2条関係)寒川町小児の医療費の助成に関する条例施行規則新旧対照表

現 行	改 正 案
～ 略 ～ <u>第4号様式(第7条関係)</u> (別紙のとおり) ～ 略 ～	～ 略 ～ <u>第4号様式(第7条関係)</u> (別紙のとおり) ～ 略 ～

(改正附則)

現 行	改 正 案
	<u>(施行期日)</u> 1 <u>この規則は、令和6年12月2日から施行する。</u> <u>(残存用紙の使用)</u> 2 <u>この規則の施行前に、この規則による改正前の寒川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則又は寒川町小児の医療費の助成に関する条例施行規則の規定により既に調製された様式で用紙が現に残存するものに限り、所要の調整をし、当分の間、使用することができる。</u>

第1号様式(第12条・第17条関係)

⑥

ひとり親家庭等医療費助成事業
医療証交付申請書(現況届)兼受給者台帳

①	(ふりがな) 氏 名	()		生年月日	年 月 日生		
		個人番号					
	住 所	〒					
		電話 ()					
	職 業		勤務先				
	勤務先 所在地	〒					
	電話 ()						
生活保護受給状況	受給(年 月 日から)・非受給		児童扶養手当の受給状況	受給(年 月 日から)・非受給			
②ひとり親家庭等 となつた理由	ア(父、母)死亡 イ 離婚 ウ(父、母)障害 エ(父、母)生死不明 オ(父、母)遺棄 カ 保護命令 キ(父、母)拘禁 ク 未婚の母で父がない ケ かどうか不明 コ 父母死亡 サ その他()						
③家 族 の 状 況	(ふりがな)	生年月日	続 柄	同居 別居の別	監護又は養育を 始めた年月日	障害者医療の 助成の有無	* 対象(受給者番号) 非対象の別
	(個人番号)		申請者本人			有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
④ が あ る と き の 障 害	氏 名	障 害 名	* 障 害 確 認 の 内 容				
			確認書類	手帳等の番号	等 級	発 行 者	
	(個人番号)						
	(個人番号)						
	[注] 確認書類欄は次の書類番号を記入すること 1 身障手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 特別児童扶養手当 5 その他()						
⑤歳 以 後 在 学 児 童	氏 名	学 校 名	学 校 種 別		課 程	学年	*在学証明
	(個人番号)						
	(個人番号)						

(注意)1 *の欄は記入しないでください。

第1号様式(第12条・第17条関係)

⑥

ひとり親家庭等医療費助成事業
医療証交付申請書(現況届)兼受給者台帳

①	(ふりがな) 氏 名	()		生年月日	年 月 日生		
		個人番号					
	住 所	〒					
		電話 ()					
	職 業		勤務先				
	勤務先 所在地	〒					
	電話 ()						
生活保護受給状況	受給(年 月 日から)・非受給		児童扶養手当の受給状況	受給(年 月 日から)・非受給			
②ひとり親家庭等 となつた理由	ア(父、母)死亡 イ 離婚 ウ(父、母)障害 エ(父、母)生死不明 オ(父、母)遺棄 カ 保護命令 キ(父、母)拘禁 ク 未婚の母で父がない ケ かどうか不明 コ 父母死亡 サ その他()						
③家 族 の 状 況	(ふりがな)	生年月日	続 柄	同居 別居の別	監護又は養育を 始めた年月日	障害者医療の 助成の有無	* 対象(受給者番号) 非対象の別
	(個人番号)		申請者本人			有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
	(個人番号)			同居 別居		有 無	(非対象)
④ が あ る と き の 障 害	氏 名	障 害 名	* 障 害 確 認 の 内 容				
			確認書類	手帳等の番号	等 級	発 行 者	
	(個人番号)						
	(個人番号)						
	[注] 確認書類欄は次の書類番号を記入すること 1 身障手帳 2 療育手帳 3 診断書 4 特別児童扶養手当 5 その他()						
⑤歳 以 後 在 学 児 童	氏 名	学 校 名	学 校 種 別		課 程	学年	*在学証明
	(個人番号)						
	(個人番号)						

(注意)1 *の欄は記入しないでください。

⑥ 保 険 の 状 況	保険の種類	1 国保 2 組合 3 全管 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期				
	被保険者(世帯主・組員) 氏名		申請者との続柄			
	被保険者記号・番号		保険者名	符号	名称	
	保険者所在地	〒 電話()				
	附加給付の有・無					
所 得 の 状 況	年分所得	⑦ 申 請 者	⑧ 配 偶 者	⑨ 扶 養 義 務 者		
	氏 名					
	個 人 番 号					
	⑩ 同一生計配偶者及び扶養 親族の合計数(うち老人 扶養親族の数)	(人)	(人)	(人)	(人)	
	⑪上記以外で前々年の12月31 日において申請者によつて 生計を維持している児童	人				
	*⑫ 所 得 額	円	円	円	円	
	*⑬ 養育費の額	円				
	⑬の額の8割相当額	円				
	控 除 額	⑭障害者である同 障 一生計配偶者及び扶養親族の数 特障	(人) 円	(人) 円	(人) 円	(人) 円
		⑮障害者、特別障害者、 寡婦・寡夫(申請者が父 又は母の場合は控除しない。)、 勤労学生	(障 特障 寡 勤)	(障 特障 寡 勤)	(障 特障 寡 勤)	(障 特障 寡 勤)
		⑯ 他 の 控 除	円	円	円	円
		⑰ 社会保険料相当額	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円
		⑱ 控除額計	円	円	円	円
		*⑲控除後の所得額	円	円	円	円
		所得限度額	円	円	円	円
提出 書類 確認 方法	世帯の状況を証する書類 住民票記載事項証明書 所得証明 調書 健康保険証	[添付 [添付 [添付 [添付 [提示	児童扶養手当証書 児童扶養手当証書 児童扶養手当証書 児童扶養手当証書 公簿確認]	公簿確認] 公簿確認] 公簿確認] 公簿確認] 公簿確認]		
	上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療証の交付を申請します。 申請にあたり高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します。 年 月 日 (宛先)寒 川 町 長 住所氏名					

(宛先)寒川町長

小児医療費助成事業医療証交付申請書

(0歳児、転入者用)

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
なお、高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します。

① 申 請 者	ふ り が な 氏 名			
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所			
	電 話 番 号		配偶者の有無	有・無
② 受お 給子 者様	ふ り が な 氏 名		続 柄	
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	同居・別居(同居の場合は、住所・電話番号を記入する必要はありません。)		
	電 話 番 号			
③ 健康 保険 証の 内容	ふ り が な 被保険者等の氏名		申 請 者 との続柄	
	記 号			
	番 号			
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
④ 添 書 付 類				

※印の欄には、記入しないでください。

※ 町 記 入 欄	受 給 者 番 号	交 付 年 月 日
		年 月 日
	有 効 期 間	
	年 月 日 ～ 年 月 日	

(宛先)寒川町長

小児医療費助成事業医療証交付申請書

(0歳児、転入者用)

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
なお、高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します。

① 申 請 者	ふ り が な 氏 名			
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所			
	電 話 番 号		配偶者の有無	有・無
② 受お 給子 者様	ふ り が な 氏 名		続 柄	
	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	同居・別居(同居の場合は、住所・電話番号を記入する必要はありません。)		
	電 話 番 号			
③ 加入 医療 保険 の内容	ふ り が な 被保険者等の氏名		申 請 者 との続柄	
	記 号			
	番 号			
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
④ 添 書 付 類				

※印の欄には、記入しないでください。

※ 町 記 入 欄	受 給 者 番 号	交 付 年 月 日
		年 月 日
	有 効 期 間	
	年 月 日 ～ 年 月 日	