

天理市子ども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5年3月31日

天理市長 並 河 健

天理市規則第18号

天理市子ども医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

天理市子ども医療費助成条例施行規則（昭和48年10月天理市規則第27号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書」を「乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書兼子ども医療費助成金支給申請書」に、「就学児」を「就学児等」に、「子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書」を「子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書兼子ども医療費助成金支給申請書」に改める。

第3条第1項中「乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書」を「乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書兼子ども医療費助成金支給申請書」に、「子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書」を「子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書兼子ども医療費助成金支給申請書」に、「受給資格証交付申請書」を「受給資格証交付等申請書」に、「就学児」を「就学児等」に改め、同条第2項中「受給資格証交付申請書」を「受給資格証交付等申請書」に改める。

第3条の2第2号中「就学児」を「就学児等」に改める。

第4条中「者は、」の次に「受給資格証交付等申請書又は」を加え、「又は様式第6号」を削る。

第5条第1項中「医療費の助成の対象となる子どもが乳幼児にあっては乳幼児医療費受給資格証交付（更新）申請書（様式第1号）に、就学児にあっては子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書（様式第2号）に、」を「受給資格証交付等申請書に」に改める。

第6条中「様式第7号」を「様式第6号」に改める。

第7条第1項第1号中「様式第8号」を「様式第7号」に改め、同項第2号

中「様式第9号」を「様式第8号」に改め、同項第3号中「様式第10号」を「様式第9号」に改め、同項第4号中「子ども医療費助成金支給申請書の口座振込依頼欄」を「受給資格証交付等申請書の振込先口座」に、「様式第11号」を「様式第10号」に改める。

第7条の2第1項中「様式第12号」を「様式第11号」に改め、同条第2項中「様式第13号」を「様式第12号」に改める。

様式第1号を次のように改める。

乳幼児医療費受給資格証 交付（更新）申請書
兼 子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号											
受給者	フリガナ						生年月日	【住 所】 〒			
	氏 名						年 月 日				
	個人番号						男 ・ 女				

次のとおり、乳幼児医療費受給資格証の交付（更新）及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

(1) 受給資格判定のため、市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写しの提供を受けることに同意します。

(2) 受給した助成金に差額が生じた場合、助成金の差額に関する相殺を受けること、または差額の返還に応じること。

年 月 日 〒

天理市長 様 住 所 _____ 受給者と同じ
フリガナ _____
養育者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

個人番号 _____

受給者との続柄 _____ 養育者の 天理市内
1月1日時点の住所 天理市外（ _____ ）

日中連絡先 _____ 【自宅・父・母・他（ _____ ）】

交 付 申 請 事 由	加 入 医 療 保 険																								
1. 出生したため	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">記号</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 15%;">番号</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">枝番</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">被保険者氏名</td> <td colspan="2">乳幼児との続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">保険者番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">(交付事由発生年月日) 年 月 日</td> <td colspan="3">保険者名称</td> </tr> </table>	記号		番号		枝番		被保険者氏名			乳幼児との続柄			保険者番号						(交付事由発生年月日) 年 月 日			保険者名称		
記号			番号		枝番																				
被保険者氏名			乳幼児との続柄																						
保険者番号																									
(交付事由発生年月日) 年 月 日			保険者名称																						
2. 転入してきたため																									
3. 保険に新たに加入したため																									
4. その他（ _____ ）																									

※養育者名義の口座をご記入ください。養育者以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。

振 込 先 口 座									
金融機関名		支店名			種別	口座番号		名義人（カタカナのみ）	
銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 出 張 所			普 通 当 座				
金融機関コード				支店コード					

【委任状】

私は、 _____ を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

養育者氏名 _____

代理人住所 _____

氏名 _____

様式第2号を次のように改める。

子ども医療費受給資格証 交付（更新）申請書
兼 子ども医療費助成金支給申請書

受給者番号									
受給者	フリガナ								
	氏名								
	個人番号								
		生年月日	【住所】 〒						
		年 月 日							
		男 ・ 女							

次のとおり、子ども医療費受給資格証の交付（更新）及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

(1) 受給資格判定のため、市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び高額療養費に該当したときは、医療機関等から診療報酬明細書及び健康保険証の写しの提供を受けることに同意します。

(2) 受給した助成金に差額が生じた場合、助成金の差額に関する相殺を受けること、または差額の返還に応じること。

年 月 日 〒

天理市長 様 住所 _____ 受給者と同じ

フリガナ _____

養育者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

個人番号 _____

養育者の 天理市内

受給者との続柄 _____ 1月1日時点の住所 天理市外 (_____)

日中連絡先 _____ 【自宅・父・母・他 (_____)】

交 付 申 請 事 由	加 入 医 療 保 険			
1. 小学校入学したため	記号		番号	枝番
2. 転入してきたため				
3. 保険に新たに加入したため				
4. その他 (_____)				
(交付事由発生年月日) 年 月 日	被保険者氏名		子どもとの続柄	
	保険者番号			
	保険者名称			

※養育者名義の口座をご記入ください。養育者以外の口座を希望される場合は、下記委任状をご記入ください。

振 込 先 口 座									
金融機関名	支店名			種別	口座番号	名義人 (カタカナのみ)			
銀行	本店			普通 当座					
信用金庫	支店								
農協	出張所								
金融機関コード		支店コード							

【委任状】

私は、_____を代理人と定め、子ども医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

養育者氏名 _____

代理人住所 _____

氏名 _____

様式第6号を削り、様式第7号を様式第6号とし、様式第8号から様式第13号までを1号ずつ繰り上げる。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和5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改正前の天理市子ども医療費助成条例施行規則の規定に基づき作成されている申請書等の用紙で残部のあるものについては、改正後の天理市子ども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。