

湯河原町小児医療費助成事業実施要綱

平成27年6月30日

告示第64号

(目的)

第1条 この要綱は、小児に係る医療費の一部を助成することにより、その健全な育成支援を図り、もって小児の健康の増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「小児」とは、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する中学校若しくは特別支援学校の中学部（以下「中学校等」という。）を卒業した日又は同条に規定する中等教育学校の前期課程を修了した日の属する月の末日（中学校等の卒業後又は中等教育学校の前期課程の修了後継続して入院している場合には、その退院の日。ただし、当該卒業した日又は修了した日の属する月の末日及び当該退院の日が満18歳に達した日の属する月の末日を経過している場合には、満18歳に達した日の属する月の末日とする。）までにある者をいう。

2 この要綱において「乳幼児及び児童」とは、満12歳に達した日以後の最初の3月31日までにある者をいう。

3 この要綱において「小児を養育している者」とは、次に掲げる者をいう。

(1) 小児を監護し、かつ、当該小児と生計を同じくするその父又は母

(2) 父母に監護されず、又は当該父母と生計を同じくしない小児を監護し、かつ、その生計を維持する者

4 前項各号の「父」には、母が小児を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、その母と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含むものとする。

5 第3項第1号の場合において、父及び母がともに当該父及び母の子である小児を監護し、かつ、これと生計を同じくするときは、当該小児は、当該父又は母のうちいずれか当該小児の生計を維持する程度の高い者によって監護され、かつ、これと生計を同じくするものとみなす。

(対象者)

第3条 この要綱により医療費の助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、湯河原町に住所を有する小児を養育している者で、その養育する小児の疾病又は負傷については第3項に規定する医療保険各法の規定により医療（乳幼児及び児童以外の小児にあつては、入院に係る医療）に関する給付が行われるものとする。

2 前項に規定する小児の疾病又は負傷には、次の各号のいずれかに該当する小児は、対象としない。

(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小児

(2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく措置により医療を受給している小児

(3) 湯河原町重度障がい者医療費助成事業により医療費の助成を受けることができる小児

3 第1項に規定する医療保険各法は、次に掲げるものとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
 - (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - (5) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - (6) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- （助成の範囲）

第4条 町長は、小児の疾病又は負傷について医療保険各法の規定により医療の給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって小児に係る医療保険各法の規定による被保険者（国民健康保険法による場合には、世帯主）その他これに準ずる者が負担すべき額から次に掲げる額を控除した額を助成する。

- (1) 医療保険各法の規定により定めた規約、定款、運営規則等で、当該法令に規定する保険給付に併せて、これに準ずる給付を行う旨を定めた場合には、その規定により医療に関する給付を受けることができる額
- (2) 医療保険各法の規定による入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額
- (3) 他の法令等の規定により医療に関する給付を受けることができる場合の当該給付の限度額

（助成の方法）

第5条 医療費の助成は、病院、診療所又は薬局その他の者（以下「病院等」という。）に、対象者が次条に規定する医療証を提示して、診療、薬剤の支給又は手当を受けた場合に、町長が助成する額を当該病院等に支払うことによつて行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、町長が特別の理由があると認めるときは、対象者に支払うことにより医療費の助成を行うことができる。

（医療証の交付）

第6条 乳幼児及び児童の医療費の助成を受けようとする対象者は、町長に申請し、資格を証する小児医療証（様式第1号。以下「医療証」という。）の交付を受けなければならない。

2 前項に規定する申請は、小児医療費助成事業医療証交付申請書（様式第2号）に、次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 医療保険各法による被扶養者（国民健康保険法による場合は、被保険者）であることを証する書類
- (2) 乳幼児及び児童を養育していることを証する書類
- (3) 対象者の前年（養育している小児が1月1日から6月30日までの間に生まれた場合には、前々年）の所得の状況を証する書類

3 前項の規定にかかわらず、証明すべき事項を公簿等により確認することができる場合には、当該書類の添付を省略することができる。

4 町長は、第1項の規定により申請があった場合において、第3条に規定する対象者と決定したときは医療証を交付し、同条に規定する対象者でないと決定したときは小児医療費助成事業医療証交付申請却下決定通知書（様式第3号）

により通知する。

(助成の方法の特例)

第7条 第5条第2項に規定する特別の理由とは、次の各号のいずれかに掲げる場合をいう。

(1) 医療保険各法により乳幼児及び児童に係る療養費又は家族療養費が支給されたとき。

(2) 前号に規定する場合のほか、町長が特別に必要なと認めたととき。

2 第5条第2項に規定する方法により医療費の助成を受けようとする対象者は、小児医療費助成申請書(様式第4号)により町長に申請しなければならない。

3 前項の申請には、第1項第1号の療養費又は家族療養費の支給を証する書類を添付しなければならない。ただし、町が国民健康保険法による保険者として小児に係る療養費を支給する場合における申請については、この限りでない。

4 町長は、第2項の申請があった場合において、医療費の助成を行うことを決定したときは、小児医療費助成決定通知書(様式第5号)により、医療費の助成を行わないことを決定したときは、小児医療費助成申請却下通知書(様式第6号)により申請者に通知する。

(医療証の有効期限)

第8条 医療証の有効期限は、当該医療証に係る乳幼児及び児童が満12歳に達した日以後の最初の3月31日までとする。

(変更の届出)

第9条 対象者は、第6条の規定により申請した事項に変更が生じたときは、小児医療費助成事業申請事項変更届(様式第7号)に医療証を添えて、その旨を速やかに町長に届け出なければならない。

(医療証の再交付)

第10条 対象者は、医療証を破り、汚し、又は亡失したときは、小児医療費助成事業医療証再交付申請書(様式第8号)により町長に医療証の再交付を申請することができる。

2 医療証を破り、又は汚したときの前項の申請には、小児医療費助成事業医療証再交付申請書にその医療証を添えなければならない。

3 対象者は、医療証の再交付を受けた後において、亡失した医療証を発見したときは、速やかに発見した医療証を町長に返還しなければならない。

(医療証の返還)

第11条 対象者は、その資格を喪失したときは、速やかに医療証を町長に返還しなければならない。

(受給資格消滅の通知)

第12条 町長は、当該対象者が第3条に規定する対象者に該当しなくなったと認めるときは、小児医療費助成事業受給資格消滅通知書(様式第9号)により当該対象者に通知する。ただし、対象者が死亡した場合は、この限りでない。

(譲渡又は担保の禁止)

第13条 この要綱による医療費の助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供し

てはならない。

(第三者行為による損害賠償との調整)

第14条 町長は、対象者に係る医療費の助成について、医療の原因が第三者行為によるもので、その者から損害賠償（医療に係る損害賠償に限る。）を受けたときは、その範囲において、この要綱に基づく助成を行わず、又は既に助成した額を返還させることができる。

(助成費の返還)

第15条 町長は、偽りその他不正行為によって、この要綱による医療費の助成を受けた者がいるときは、その者から当該助成を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第16条 この要綱に定めるもののほか、この要綱による助成の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成27年7月1日から施行する。
(湯河原町小児医療費助成事業実施要綱の廃止)
- 2 湯河原町小児医療費助成事業実施要綱（平成20年湯河原町告示第52号）は、廃止する。
(経過措置)
- 3 この告示の施行日前に行われた医療に係る医療費の助成等については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前の様式（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、この告示による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この告示の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

この告示は、平成30年1月1日から施行する。

様式第1号（第6条関係）

（表）

| ① 医 療 証 | | | | | | | | | |
|---|-----|----------|---|---|-----|---|---|---|--|
| 負 担 者 番 号 | 8 | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 | 3 | 4 | |
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 有 効 期 間 | 年 | | 月 | | 日から | | | | |
| | 年 | | 月 | | 日まで | | | | |
| 一 部 負 担 金 | 入 院 | 1日につき | | | 円 | | | | |
| | 入院外 | 受診等1回につき | | | 円 | | | | |
| | 調 剤 | | | | 円 | | | | |
| ※一部負担金を徴収しない場合は、0円と記載しています。 | | | | | | | | | |
| <p>上記の者は、湯河原町小児医療費助成事業実施要綱により医療費の一部を湯河原町が助成するものであることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">湯 河 原 町 長 印</p> | | | | | | | | | |
| 交 付 年 月 日 | 年 | | 月 | | 日 | | | | |

(裏)

ご 注 意

- 1 この証は、健康保険の自己負担分を助成する証ですから、大切にしてください。
- 2 健康保険の対象外の費用は本制度の対象ではありません。
- 3 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、取扱病院等の窓口に提出してください。
- 4 この証は、県内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。ただし、他の公費医療の適用がある場合及び県外の病院等では使えませんので、健康保険の自己負担分を病院等で支払ったうえ、その領収書等を添付して、町に医療費の支給を申請してください。
- 5 受給者の資格がなくなったときや、有効期間を経過したときは、この証を町にお返してください。
- 6 氏名、住所、健康保険などに変更があったときは、町にこの証を添えて届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、町で再交付を受けてください。
- 8 偽り、その他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。

問い合わせ先

神奈川県足柄下郡湯河原町

こども支援課 児童福祉係

電話 (0465) 63-2111 (内線)

小児医療費助成事業医療証交付申請書《兼受給者台帳》

湯 河 原 町 長 様

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、申請にあたり所得状況を公簿等により確認することに同意します。

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--|--|-------|-------------------|---------------|-----------------|--|
| 申 請 者 | ふりがな | | 性 別 | 男 ・ 女 | | 配偶者 の有無 | 有 ・ 無 | |
| | 氏 名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | 生年月日 | | 年 月 日 | | 電話番号 | |
| 対 象 児 | ふりがな | | 性 別 | 男 ・ 女 | | 申 請 者 との続柄 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | |
| | 同居・別居 の 別 | | 同 ・ 別 | | 別居のとき 住 所 | | | |
| 加 入 年 金 の 状 況 | 加入している年金等の年金又は共済組合の種類 | | | | | | ※ 記入不要 | |
| | ア 厚生年金 | | オ 地方公務員等共済組合 | | | | 1 被用者又は 公務員 | |
| | イ 日本私立学校振興共済事業団 | | カ 国民年金 | | | | 2 被用者等では ない者 | |
| | ウ 農林漁業団体職員共済組合 | | キ その他 | | () | | | |
| 加 入 保 険 の 状 況 | 保 険 の 種 類 | | 1 国保 2 他国保 3 協会けんぽ 4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員 | | | | | |
| | 保険証の 記号番号 | | 被保険者 氏 名 | | | | 申 請 者 との続柄 | |
| | 保険者名 | | | | 保険者番号 | | | |
| | 保険者の 所在地 | | | | | | | |
| 他 制 度 | 児童手当の受給状況 | | 有 ・ 無 ・ 申請中 | | 生活保護の受給状況 | | 有 ・ 無 | |
| | 重度障がい者医療助成事業の該当 | | 有 ・ 無 | | ひとり親家庭等医療費助成事業の該当 | | 有 ・ 無 | |
| 理 由 | 1 乳児が出生したため | | 3 その他 () | | | | | |
| | 2 湯河原町に転入したため | | (年 月 日転入) | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|---------|---------|-----------------------------|----------------|-------------------|-------|---|
| ※ 町 記 入 欄 | 年分 所得の合計額 | | 円 | 障害者控除 普障 人 特障 人 | 円 | 扶養人数 (老人扶養親族数) | 人 () | |
| | | | 円 | 老年人・寡婦 寡夫・勤労学 生控除 | 円 | 所得限度額 | 円 | |
| | 医療費控除 | | 円 | 児童手当法施行 令第3条第1項 による控除 | 80,000円 | 所得限度額 | 特例給付 | 円 |
| | 小規模企業共 済等掛金控除 | | 円 | 控除後の 所得金額 | 円 | 助成対象の 可否 | 可 ・ 否 | |
| | 医 療 証 有効期間 | | 年 月 日から | | 医 療 証 受給者番号 | | | |
| | | 年 月 日まで | | 医 療 証 発行年月日 | | 年 月 日 | | |

様式第3号（第5条関係）

小児医療費助成事業医療証交付申請却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

湯河原町長



年 月 日付けで申請のありました医療証の交付について審査しましたが、次の理由で小児医療費助成事業の対象者となりませんので通知します。

氏 名

理 由

小児医療費助成申請書

※町記入欄

| | | | |
|------------|--|---------|-------|
| 受給者番号 | | 被保険者名 | |
| 保険の種類 | 1 国保 2 他国保 3 協会けんぽ 4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員 | 被保険者証記号 | 番号 |
| 保険者名 | 符号 | 名称 | |
| 小児の氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申請の種類 | 1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他 | | |
| 入院・入院外の別 | 1 入院 2 入院外 | | |
| 診療等を受けた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 医療費総額 | 円 | 助成申請額 | 円 |
| 診療を受けた医療機関 | 1 添付領収書のとおり 2 その他 () | | |
| 申請の理由 | 1 果外の医療機関で受診した 2 医療証を提出しなかったため 3 その他 () | | |
| 振込先機関 | 1 普通 口座番号 フリガナ 2 当座 口座名義 | | |

上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。

湯河原町長 様

住所 年 月 日
電話番号
氏名 印

| | | |
|-----|---------------------|-------|
| 平成 | 年分の所得の合計額 | 円 |
| 控 | 雑損控除額 | 円 |
| 除 | 医療費控除額 | 円 |
| 額 | 小規模企業共済等掛金控除額 | 円 |
| | 障害者控除額 | 円 |
| | 高齢者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額 | 円 |
| | 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | 円 |
| | 控除額 | 円 |
| | 控除後の所得額 | 円 |
| | 助成対象の可否 | 可 ・ 否 |
| | 自己負担額(入院時食事療養費を含む) | 円 |
| 助成額 | 高額療養費 | 円 |
| | 付加給付等 | 円 |
| | 保険対象外額 | 円 |
| | 一部負担金額 | 円 |
| | 控除額 | 円 |
| | 差引助成額 | 円 |
| | 付加給付の計算等 | |

備考 1 番号の欄は、該当するものを○で囲んでください。

2 ※印の欄には、記入しないでください。

3 受給者番号欄には、乳児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。

4 被保険者名は、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。

5 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収証を添えてください。

(1) 入院・入院外の別 (入院の場合は入院日数)

(2) 受診者の氏名

(3) 領収額 (入院時の給食費を含みます。)

(4) 保険診療点数

(5) 診療年月日および領収年月日

(6) 病院等の所在地、名称、領収印

小児医療費助成申請書

| | | | |
|------------------------|--|-------------------|----------|
| 受給者番号 | | 被保険者名 | |
| 保険の種類 | 1 国保 2 組合 3 政管 4 日雇 5 船員 6 共済 | 被保険者証 記号 番号 | |
| 保険者名 | 符号 | 名称 | |
| 小児の氏名 | ふりがな | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| 申請の種類 | 1 一般 2 歯科 3 薬剤 5 移送 6 補装具 7 その他 4 看護 | | |
| 入院・入院外の別 | 1 入院 2 入院外 | | |
| 診療等を受けた期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | |
| 医療費総額 | 円 | 助成申請額 | 円 |
| 病院等の名称 所在地 | | | |
| 申請の理由 | | | |
| 振込先 金融機関 | 1 普通 口座番号 フリガナ | 2 当座 口座名義 | |
| 上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。 | | | |
| 湯河原町長 様 | 平成 年 月 日 | 住所 湯河原町 | 印 |
| | | 氏名 | |

※町記入欄

| | |
|-----------------------|-------|
| 平成 年分の所得の合計額 | 円 |
| 控 雑 損 控 除 額 | 円 |
| 除 医療費控除額 | 円 |
| 額 小規模企業等掛金控除額 | 円 |
| 除 障害者控除額 | 円 |
| 額 高齢者・寡婦・寡夫・勤労学生控除額 | 円 |
| 額 児童手当法施行令第3条第1項による控除 | 円 |
| 控 除 額 計 | 円 |
| 控 除 後 の 所 得 額 | 円 |
| 助 成 対 象 の 可 否 | 可 ・ 否 |
| 助 自己負担額(入院時食事療養費を含む) | 円 |
| 成 高額療養費 | 円 |
| 額 附加給付等 | 円 |
| 控 除 額 計 | 円 |
| 差 引 助 成 額 | 円 |
| 附加給付の計算等 | |

- 備考
- 1 番号の欄は、該当するものを○で囲んでください。
 - 2 ※印の欄には、記入しないでください。
 - 3 受給者番号欄には、乳児の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
 - 4 被保険者名は、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
 - 5 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収証を添えてください。
 - (1) 入院・入院外の別(入院の場合は入院日数)
 - (2) 受診者の氏名
 - (3) 領収額(入院時の給食費を含みます。)
 - (4) 保険診療点数
 - (5) 診療年月日
 - (6) 領収年月日
 - (7) 病院等の所在地、名称、領収印

様式第6号（第8条関係）

小児医療費助成決定通知書

第 年 月 日 号

様

湯河原町長



年 月 日付けで申請のありました湯河原町小児医療費助成申請については、次のとおり決定したので通知します。

| | |
|-----------|--------------|
| 小 児 の 氏 名 | |
| 助 成 月 分 | 年 月 から 年 月まで |
| 助 成 決 定 額 | 円 |

助成金は申請時に依頼された口座へ振り込みいたします。

様式第7号（第8条関係）

小児医療費助成申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

湯河原町長



年 月 日付けで申請のありました小児医療費助成申請については、
次の理由により助成できませんので通知します。

理由

様式第8号（第9条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更（消滅）届

| | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|--|---|---|---|---------|---|---|--|
| 医療証 番 号 | 負担者番号 | 8 | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 | 3 | 4 | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 変 更 の 場 合 | 氏 名 | 変更前 | | | | | | | | |
| | | 変更後 | | | | | | | | |
| | 住 所 | 変更前 | 〒 湯河原町 | | | | 電話 | | | |
| | | 変更後 | 〒 湯河原町 | | | | 電話 | | | |
| | 変更後の加入医療保険 | 保険の種類 | 1 国保 2 他国保 3 協会 4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員 | | | | | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | | 申請者との続柄 | | | |
| | | 保険証記号番号 | | | | | 保 険 者 名 | | | |
| | | 保険者の所在地 | | | | | | | | |
| | | 附加給付の有無 | | | | | | | | |
| | 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 消 滅 の 場 合 | 消滅理由 | 1 他の市町村に転出 (転出先 電話) 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 () | | | | | | | | |
| | 消滅年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、小児医療費助成事業の申請事項を変更しましたので届け出ます。 受給資格が消滅</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>湯河原町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 ⑩</p> | | | | | | | | | | |

様式第9号（第10条関係）

小児医療費助成事業受給資格消滅通知

第 年 月 日
号

様

湯河原町長



次のとおり、小児医療費助成事業の対象者に該当しないこととなりましたので通知します。

1 受給資格が消滅した者の氏名

2 受給資格が消滅した年月日

年 月 日

3 受給資格が消滅した理由