

四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する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4年11月1日

四日市市長

四日市市規則第63号

四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する
規則

四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則（平成13年四日市市
規則第43号）の一部を次のように改正する。

第3号様式を次のように改める。

第5号様式から第7号様式までを次のように改める。

福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。
(申請者記入欄)

年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

※ 該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く）

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード □□□□□□□□□□

年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等

開設者氏名

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

住所 〒	年 月 日
氏 名	

※ 該当する番号を○で囲んでください。

市 町 コ ー ド

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く）

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ ① 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ ① 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード	年 月 日
所在地 〒	
名 称	
医療機関等	
開設者氏名	
電 話 番 号	

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

領 収 証 明 一 覧 表

第7号様式（その2）（第9条関係）

（保険薬局用）

（第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く）

市町コード	助成種別	受給資格証番号	氏名	性別	生年月日	診療年月	一部負担割合	入院	入院日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・長区分	公費請求点数(額)	公費・長一部負担額	処方せん発行区分	処方せん発行医療機関番号	処方せん発行医療機関名称	備考

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等	医療機関コード	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td><td style="width: 3%;"> </td> </tr> </table>																				
	所在地	〒 —																				
	名称																					
開設者氏名																						
電話番号	— —																					

第9号様式を次のように改める。

第9号様式(第11条関係)

障 害 者

四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書
子 ど も

年 月 日

四 日 市 市 長

住 所 四日市市

申請者 氏 名

(対象者・保護者) 電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日

届出事項	変更前	変更後
受給者の住所		(. . 異動)
受給者の氏名		(. . 異動)
加入医療保険		添付の被保険者証のコピーのとおり

支払金融機関の変更

変更後の 支払金融 機関	銀行	支店	普通	店番号	
	金庫	支所		口座番号	
	農協	出張所			
	ふりがな				続柄
	口座名義人				

第 1 1 号様式及び第 1 2 号様式を次のように改める。

第11号様式（第13条関係）

四日市市一人親家庭等医療費に係る資格停止事由（発生 消滅・変更）届

受給者氏名		受給資格証番号
住 所 四日市市		
① 資格停止事由発生（変更） 年 月 日 イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。 ロ 所得の高い人と婚姻した。 ハ 法第9条の児童（孤児等）の養育者がその児童と養子縁組をした。 ニ 法第9条の児童（孤児等）の養育者がその児童を養育しなくなった。 ホ 法第9条の児童（孤児等）が死亡した。 ヘ 養育している児童のすべてが法第9条の児童（孤児等）に該当しなくなった。 ト 所得の高い人の加入している健康保険の被扶養者になった。 チ その他（ ）		
② 資格停止事由消滅（変更） 年 月 日 イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。 ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。 ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。 ニ 所得の高い配偶者が死亡した。 ホ 法第9条の児童（孤児等）を養育するようになった。 ヘ 養育している児童が法第9条の児童（孤児等）に該当するようになった。 ト 所得の高い人の加入している健康保険の被扶養者でなくなった。 チ その他（ ）		
扶養義務者又は配偶者の氏名及び個人番号		
(氏名)	(続柄)	(続柄)
(個人番号)		
上記のとおり、四日市市一人親家庭等医療費に係る資格停止事由（発生・消滅・変更）届 について届け出ます。 年 月 日 氏 名 四日市市長		

第12号様式(第14条関係)

四日市市 障害者
一人親家庭等 医療費受給資格喪失届
子ども

年 月 日

四日市市長


住所 四日市市

申請者 氏名

電話

障害者
一人親家庭等 医療費受給資格について、次の理由により受給資格を喪失
子ども

したので、受給資格証を添えて届出します。

受給資格証番号			
受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者住所			
資格喪失の理由	1 他市町村に転出 (転出年月日) 年 月 日 (転出先)  2 死亡 (死亡年月日) 年 月 日 3 その他		
資格喪失年月日	年 月 日		

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式は、改正後の四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

3 四日市市申請書等の押印の取扱いの特例に関する規則（令和3年四日市市規則第32号）の一部を次のように改正する。

改正後		
(押印の省略)		
第2条 次の表の左欄に掲げる規則の規定する手続又は様式のうち、同表の中欄に掲げる手続又は様式については、当該規則の規定に関わらず、押印を要しないものとする。ただし、同表の右欄に掲げる条件を満たす場合に限る。		
規則名	手続又は様式	備考
(略)		
四日市市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則(平成13四日市市規則第30号)	(略)	
四日市市母子保健法施行細則(平成20年四日市市規則第50号)	(略)	
(略)		

改正前		
(押印の省略)		
第2条 次の表の左欄に掲げる規則の規定する手続又は様式のうち、同表中欄に掲げる手続又は様式については、当該規則の規定に関わらず、押印を要しないものとする。ただし、同表右欄に掲げる条件を満たす場合		

に限る。

規則名	手続又は様式	備考
(略)		
四日市市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則(平成13四日市市規則第30号)	(略)	
<u>四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則(平成13年四日市市規則第43号)</u>	<u>第3号様式、第9号様式、第11号様式及び第12号様式</u>	<u>第3号様式については、署名をした場合に限る。</u>
四日市市母子保健法施行細則(平成20年四日市市規則第50号)	(略)	
(略)		

(こども未来部こども保健福祉課)