

改正

平成27年12月25日規則第45号

平成28年3月15日規則第18号

平成30年3月30日規則第12号

平成30年9月28日規則第32号

令和2年10月20日規則第41号

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、ひとり親家庭等の疾病又は負傷による医療費等の負担を軽減し、ひとり親家庭等の生活の安定の確保を図るため、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金（以下「医療費等助成金」という。）を交付することに関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

**第2条** この規則において「ひとり親家庭等」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

(1) 次のいずれかに該当し、児童（18歳に達する日以後の最初の3月末日までの間にある者又は20歳に達する日までの間にある者で別表第1に規定するいずれかの状態にあるものをいう。

以下同じ。）を監護する父又は母及びその児童

ア 配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）と死別した者であって、現に婚姻（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情を含む。以下同じ。）をしていないもの

イ 離婚した者であって現に婚姻していないもの

ウ 配偶者が別表第2に規定するいずれかの状態にある者

エ 配偶者の生死が引き続き1年以上明らかでない者。ただし、配偶者が沈没した船舶に乗っていた場合等で死亡の原因となるべき危難に遭遇したときにあつては、その危難が去った後、3か月以上その生死が明らかでない者

オ 配偶者から引き続き1年以上遺棄されている者

カ 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成13年法律第31号）第10条第1項の規定による命令を申し立て、現に配偶者に当該命令が発せられた者

キ 配偶者が法令により引き続き1年以上拘禁されている者

ク アからキまでに掲げる者のほか、市長がこれらと同様の事情にあると認める者

(2) 児童の父母がない場合又は児童の父母が監護しない場合で、前号アからクまでのいずれかに該当する祖父母その他の養育者が養育する場合の養育者及びその児童

(3) 児童の父母がない場合又は児童の父母が監護しない場合で祖父母その他の監護者が監護するときの児童

(受給資格者)

**第3条** 医療費等助成金の支給対象者（以下「受給資格者」という。）は、本市に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に規定する住民基本台帳（以下「住民基本台帳」という。）に記録されているひとり親家庭等（当該記録がない者であって、そのことに特別な事情があると市長が認めるもの及び当該ひとり親家庭等の父母等の児童扶養手当法（昭和36年法律第238号。以下「法」という。）第5条第2項に規定する監護等児童であって、市外に居住し、住民基本台帳に記録されていないものを含む。）であって、次に掲げる法律（以下「社会保険各法」という。）の規定に基づく被保険者、組合員、加入者又は被扶養者とする。

(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）

(7) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、受給資格者としなない。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づき保護を受けている者

(2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づき里親に委託されている者

(3) 児童福祉法第7条に規定する母子生活支援施設を除く児童福祉施設（通所により利用する施設を除く。）に措置によって入所している児童及び入所児童を除くひとり親家庭等の父母等

(4) 国民健康保険法による世帯主又は社会保険各法による被保険者その他これに準ずる者が負担すべき額を、国又は地方公共団体において負担している施設（通所により利用する施設を除き、当該施設に児童福祉法その他の法令による措置によらずに入所している児童（以下「利用契約入所児童」という。）がいる場合は、当該利用契約入所児童を除く。）に入所している児童及び入所児童を除くひとり親家庭等の父母等

(5) 利用契約入所児童の父又は母

(6) 利用契約入所児童に父母がない場合又は児童の父母が監護しない場合の祖父母その他の養育者

(所得の制限)

**第4条** 前条第1項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合（法第12条第1項に該当するときを除く。）は、受給資格者としなない。

(1) ひとり親家庭等の父母等の前年（1月から10月までの間の医療費等に係る医療費等助成金の申請をする者にあつては、前々年。以下同じ。）の所得が法第9条又は第9条の2に規定する児童扶養手当の支給制限に該当する額以上であるとき。

(2) ひとり親家庭等の父母等の配偶者又はひとり親家庭等の父母等の扶養義務者（民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に規定する者をいう。以下同じ。）で当該ひとり親家庭等の父母等と生計を同じくするものの前年の所得が法第10条又は第11条に規定する児童扶養手当の支給制限に該当する額以上であるとき。

2 前項に規定する所得の範囲及びその額の計算方法は、法第13条の規定によるものとする。

(助成対象医療費等)

**第5条** 助成の対象となる医療費等（以下「助成対象医療費等」という。）は、受給資格者に係る次に掲げる費用とする。

(1) 医療保険各法の規定により保険給付の対象となる医療費（食事療養費及び生活療養費を含む。以下同じ。）及び調剤費であつて、医療機関への入院又は通院に要した費用

(2) 前号に係る診療・調剤報酬証明手数料

(助成の範囲)

**第6条** 医療費及び調剤費に係る助成の額は、前条第1号に掲げる費用の額から次に掲げる額を控除した額とする。

(1) 医療保険各法の規定による保険給付の額

(2) 医療保険各法の規定による附加給付の額

(3) 国又は地方公共団体が負担する医療に関する給付の額

(4) 別表第3に定める負担基準額に入院日数又は通院回数を乗じて得た額

2 診療・調剤報酬証明手数料に係る助成の額は、受給資格者が保険医療機関又は保険薬局に支払った診療・調剤報酬証明手数料の額とし、200円を限度とする。

(受給資格の申請等)

**第7条** 助成を受けようとする者は、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金受給資格登録申請書(別記様式第1号)に次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。ただし、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)若しくは佐倉市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例(平成27年佐倉市条例第35号)の規定により、又は対象者の同意を得て本市が公簿等により確認することができるものについては、添付を省略することができる。

- (1) 社会保険各法による被保険者、組合員若しくは加入者又は被扶養者であることを証する書類(以下「被保険者証等」という。)
- (2) ひとり親家庭等の父母等及びひとり親家庭等の父母等の配偶者又はひとり親家庭等の父母等の扶養義務者で当該ひとり親家庭等の父母等と生計を同じくするものの前年の所得の状況を証する書類
- (3) 戸籍謄本又はひとり親家庭等であることを証明する書類
- (4) 離婚等によりひとり親家庭等になった場合は、養育費等に関する申告書(別記様式第2号)
- (5) 18歳に達する日以後の最初の4月1日から20歳に達する日までの間にある児童が別表第1に規定するいずれかの状態にある場合又は配偶者が別表第2に規定するいずれかの状態にある場合は、これを証する年金証書若しくは診断書又はその状態を明らかにする書類
- (6) その他受給資格の審査に市長が必要と認めた書類  
(受給券の交付等)

**第8条** 市長は、前条の規定により申請を受けた場合において、その内容を審査し、受給資格者であると認めるときは、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金受給資格認定通知書(別記様式第3号)により当該申請者に通知するとともに、速やかに当該申請者にひとり親家庭等医療費等助成受給券(別記様式第4号。以下「受給券」という。)を交付する。ただし、受給資格者が、佐倉市子ども医療費助成事業規則(平成15年佐倉市規則第3号)の規定により子ども医療費助成受給券の交付を受けている場合は、受給券の交付は行わないものとする。

2 市長は、前条の規定により申請を受けた場合において、その内容を審査し、受給資格者でないと認めるときは、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成却下通知書(別記様式第5号)により当該申請者に通知する。

(受給券の有効期間)

**第9条** 受給券の有効期間は、11月1日(初めて前条第1項の規定により受給資格者であると認め

られた場合は、第7条に規定する申請を行った日の属する月の翌月の初日) から同日以後最初に到来する10月末日までとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、受給資格者としての要件を欠いた場合における受給券の有効期間は、その事実が発生した日までとする。

(助成の方法)

**第10条** 受給券の有効期間において、市長が医療費等助成金の交付を委託した保険医療機関（以下「委託保険医療機関」という。）に受給券の所持者が受給券及び被保険者証等を提示した場合の助成は、当該受給券の所持者に対し市から助成されるべき額を当該受給券の所持者に代わって委託保険医療機関が市長に請求し、市長が当該委託保険医療機関に対し支払うことにより行う。

- 2 前項の規定により市長が委託保険医療機関に対し受給券の所持者に助成するべき額を支払ったときは、受給券の所持者に助成したものとみなす。

- 3 第1項の規定にかかわらず、次に掲げる医療費等助成金の交付を受けようとする者は、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書（別記様式第6号）に助成対象医療費等の支払を証する書類を添付し、助成対象医療費等を支払った日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内に市長に申請しなければならない。

(1) 委託保険医療機関に受給券を提示しないで、助成対象医療費等を支払った受給資格者

(2) 委託保険医療機関以外の保険医療機関に助成対象医療費等を支払った受給資格者

- 4 市長は、前項の規定による申請があった場合は、交付の可否及び交付額を決定し、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付決定通知書（別記様式第7号）により当該申請を行った者に通知するものとする。

(助成の制限)

**第11条** 第6条第1項の規定にかかわらず、助成対象者が医療を受けた原因が第三者の行為によって生じたものであり、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部につき当該第三者から賠償が行われるときは、その限りにおいて助成しないものとする。

- 2 独立行政法人日本スポーツ振興センター法（平成14年法律第162号）第16条第1項の規定による災害共済給付が行われるときは、その限りにおいて助成しないものとする。

(届出の義務)

**第12条** 受給資格者は、次の各号のいずれかに該当したときは、佐倉市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届（別記様式第8号）により市長に届け出なければならない。

(1) 受給資格者としての要件を欠いたとき。

- (2) 住所又は氏名に変更があったとき。
- (3) 社会保険各法の保険の種類又は被保険者証等の記載事項に変更があったとき。
- (4) 新たに監護し、若しくは養育する児童又は扶養義務者が生じたとき。

2 受給資格者は、助成金の振込金融機関を変更したいときは、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金振込金融機関変更届（別記様式第9号）により市長に届け出なければならない。

（受給券の返還）

**第13条** 受給券の交付を受けた者は、受給資格者としての要件を欠いたとき又は受給券の有効期間が満了したときは、速やかに受給券を市長に返還しなければならない。

（受給券の再交付）

**第14条** 受給資格者は、受給券を紛失し、又は毀損した場合は、ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書（別記様式第10号）により市長に申請しなければならない。

2 受給券を毀損した場合の前項の規定による申請は、毀損した受給券を添えて行わなければならない。

3 受給券の再交付を受けた後において、紛失した受給券を発見したときは、速やかに発見した受給券を市長に返還しなければならない。

（譲渡又は担保の禁止）

**第15条** 受給資格者は、医療費等助成金を受ける権利を譲渡し、又は担保に供してはならない。

（医療費等助成金の返還）

**第16条** 市長は、受給資格者が偽りその他不正な手段により医療費等助成金の交付を受けた場合は、当該決定を取り消し、交付した医療費等助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（台帳）

**第17条** 市長は、受給資格者に関する事項を記載及び整理するため、佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金受給資格者台帳（別記様式第11号）を備えるものとする。

（補則）

**第18条** この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

## 附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日前に佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付要綱（平成16年佐倉市告示

第190号。以下「告示」という。)の規定により市長に対してした申請その他の行為は、この規則の相当規定により市長に対してした申請その他の行為とみなす。

- 3 告示第7条第1項の規定により交付された佐倉市ひとり親家庭等医療費等受給資格者証は、当該佐倉市ひとり親家庭等医療費等受給資格者証の有効期間の満了する日までの間は、この規則の第7条第1項の規定により交付された佐倉市ひとり親家庭等医療費等受給資格者証とみなす。

**附 則** (平成27年12月25日規則第45号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の様式であって、その用紙が現に残存しているものについては、当分の間、その用紙に所要の補正を加えて使用することができる。

**附 則** (平成28年3月15日規則第18号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

**附 則** (平成30年3月30日規則第12号)

(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 この規則による改正前の様式であって、その用紙が現に残存しているものについては、当分の間、その用紙に所要の補正を加えて使用することができる。

**附 則** (平成30年9月28日規則第32号抄)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成30年10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第1条の規定による改正前の佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付規則に基づく受給資格者である旨の認定を受けている者については、その有効期間の満了日を平成31年10月31日として認定しているものとみなす。

**附 則** (令和2年10月20日規則第41号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和2年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付規則（以下「新規則」という。）の規定は、この規則の施行の日以後の医療費等に係る助成について適用し、同日前の医療費等に係る助成については、なお従前の例による。

（準備行為）

3 新規則第8条第1項の規定による受給券の交付の申請その他必要な行為は、この規則の施行前においても行うことができる。

（佐倉市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例別表第1の規則で定める事務並びに別表第2及び別表第3の規則で定める事務及び情報を定める規則の一部改正）

4 佐倉市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例別表第1の規則で定める事務並びに別表第2及び別表第3の規則で定める事務及び情報を定める規則（平成27年佐倉市規則第46号）の一部を次のように改正する。

第3条第1号中「第6条第1項の受給資格者証の交付」を「第7条の受給資格」に改め、同条第2号中「第10条第1項」を「第12条第1項」に改める。

第15条第2号ウ中「第9条の助成金」を「第6条第1項の助成額」に改める。

第29条第1号中「第6条の受給資格者証の交付」を「第7条の受給資格」に改め、同条第2号中「第10条」を「第12条」に改める。



**別表第1**（第2条、第7条関係）

- (1) 両眼の視力の和が0.08以下のもの
  - (2) 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
  - (3) 平衡機能に著しい障害を有するもの
  - (4) そしゃくの機能を欠くもの
  - (5) 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの
  - (6) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
  - (7) 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
  - (8) 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - (9) 一上肢の全ての指を欠くもの
  - (10) 一上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの
  - (11) 両下肢の全ての指を欠くもの
  - (12) 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - (13) 一下肢を足関節以上で欠くもの
  - (14) 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
  - (15) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受け、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
  - (16) 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
  - (17) 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- （備考）視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

**別表第2**（第2条、第7条関係）

- (1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの
- (2) 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
- (3) 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- (4) 両上肢の全ての指を欠くもの
- (5) 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの
- (6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの

- (7) 両下肢を足関節以上で欠くもの
- (8) 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの
- (9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度の障害を有するもの
- (10) 精神に、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の監視又は介護を必要とする程度の障害を有するもの
- (11) 傷病が治らないので、身体の機能又は精神に労働することを不能ならしめ、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の監視又は介護とを必要とする程度の障害を有するものであって、当該障害の原因となった傷病につき初めて医師の診断を受けた日から起算して1年6月を経過しているもの
- (備考) 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

**別表第3**（第6条関係）

階層区分	ひとり親家庭等の父母等の区分	負担基準額（円）
		入院1日又は通院1回につき
A	市町村民税が非課税である者	0
B	市町村民税所得割が非課税であって、市町村民税均等割のみが課税されている者	0
C	市町村民税所得割が課税されている者	300

別記

様式第 1 号 (第 7 条関係)

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金受給資格登録申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金を受けるため、受給資格の登録を申請します。

家 族 構 成	氏 名	生年月日	続柄	個人番号										備 考		
加入健康保険		保険者名称														
		保険証記号番号														
所 得 確 認 方 法	公募による確認について															
	1 当該申請に当たり、私の児童扶養手当の受給状況について佐倉市が公簿等により確認することに同意します。															
	氏名 <span style="float: right;">㊟</span>															
	2 当該申請に当たり、私の市民税に関する所得及び諸控除の額について佐倉市が公簿等により確認することに同意します。															
氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>																
氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>																
※本人署名の場合は、押印不要です。																
振 込 先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義人												
			( )	(フリガナ)												
※ 審 査	認定 ( 年 月 日 )      却下 ( )															
	生活保護受給の有無		有		無		申請中									
	児童扶養手当受給の有無		有 ( 全部 一部 )		無											
	年金受給の有無		有 ( 年金 )		無											

※欄は、市担当者が記入するので、記入する必要はありません。

様式第2号（第7条関係）

## 養育費等に関する申告書

※市区町村名

※受付年月日                      年    月    日

- 年(1月から12月までの1年間)に受け取った養育費について、記入要領に従い、受け取った月ごとに記入してください。

養育費を支払った者

\_\_\_\_\_

受取人

母又は父    ・    児童

離婚をした年月日など

\_\_\_\_\_ 年                      月                      日

養育費として受け取った額 (                      年分)

1月	円	7月	円
2月	円	8月	円
3月	円	9月	円
4月	円	10月	円
5月	円	11月	円
6月	円	12月	円

小計	円
----	---

養育費を支払った者

\_\_\_\_\_

受取人

母又は父    ・    児童

離婚をした年月日など

\_\_\_\_\_ 年                      月                      日

養育費として受け取った額 (                      年分)

1月	円	7月	円
2月	円	8月	円
3月	円	9月	円
4月	円	10月	円
5月	円	11月	円
6月	円	12月	円

小計	円
----	---

合計	母又は父	円
	児童	円

上記のとおり相違ありません。

年                      月                      日

氏 名

㊟

(注) 本人署名の場合は、押印不要です。

様

佐倉市長



佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金受給資格認定通知書

年 月 日付けで申請のありました佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金の受給資格について、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

認定に関する事項	
対象者氏名	
有効期間	
受給者番号	
備考	

（表）

ひとり親家庭等医療費等助成受給券

公費負担者番号								
受給者番号								
対象者	住所							
	氏名							
	生年月日							
有効期間								
自己負担金	通院							
	入院							
	保険調剤							
佐倉市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>								



## (裏)

### 注意事項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、接骨院等を含む。）に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関又はこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後に償還の手続きをしてください。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1か月に自己負担額が限度額を超える場合は、超えた額について医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日保険者に償還の申請をしてください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療支援事業等、他の医療給付の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先して適用されます。
- 5 次のような変更があった場合は、速やかに届け出てください。
  - (1) 市外へ転出するとき（受給券を返却）。  
→転出後は、この券は使えません。転出先の市町村で、制度の詳細についてお問い合わせください。
  - (2) 加入している健康保険を変更したとき（受給券及び新しい保険証の写しを添付）。
  - (3) 住所を変更したとき（受給券を添付）。
  - (4) 氏名を変更したとき（受給券を添付）。
  - (5) 世帯構成に変更があったとき。
  - (6) 婚姻（事実婚を含む。）状況に変更が生じたとき（受給券を添付）。
  - (7) 生活保護を受けるようになったとき（受給券を返却）。
  - (8) その他資格事項に変更が生じたとき（受給券及び変更事項を証明する書類を添付）。
- 6 有効期間が過ぎた受給券は、返却してください。
- 7 受給資格のない方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市による過払いが生じた場合には、後日、市から返還請求をさせていただきます。  
[問合せ先]

様

佐倉市長



佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成却下通知書

年 月 日付けで申請のありました佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成について、下記のとおり申請を却下しましたので通知します。

記

却下に関する事項				
対象者氏名				
却下の理由				
区分	所得年	所得額	算定額	制限額
備考				

この処分に不服がある場合には、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して（審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して）6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、提起することができます。

様式第6号（第10条関係）

（表）

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付申請書					
				年 月 日	
（宛先）佐倉市長					
申請者 住所 氏名					
以下のとおり佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金の交付を申請します。					
氏名			申請者との続柄		
住所			生年月日		
加入医療保険	名称				
	記号番号		本人家族の別	本人 家族	
保険医療機関・保険薬局証明欄					
診療・調剤月	年 月	種別	入院	通院 調剤	
保険総点数	入院 点	外来 点	調剤 点		
公費負担額	円		証明手数料	円	
入院延日数	日		/		
保険医療機関又は保険薬局の名称・氏名所在地	上記のとおり証明します。  <div style="text-align: right;">（取扱者 印）</div>				
審査欄					
自己負担額 (A)	附加給付額 (B)		一部負担額 (C)	証明手数料 (D)	助成交付額 A-(B+C)+D
円	有 無	円	円	円	円

医療機関・保険薬局の方へ

受給資格者からこの申請書により診療を求められたときは、窓口で、負担金を徴収し、この申請書に1か月分をまとめた保険請求点数の証明をしてください。

助成金交付申請される方へ

【申請までの順序】

- 1 医療機関・保険薬局の窓口で保険診療費を支払ってください。
- 2 受診者名・診療日・保険負担額（点数）が記載されている領収書を添付し、受診月・受診者・医療機関・調剤薬局・診療科目ごとに分けて申請書を作成してください。
- 3 領収書に受診者名・診療日・保険負担額（点数）が記載されていない場合は、診療日の翌月以降に、この申請書を医療機関に提示し、1か月分の保健診療の証明を受けてください。  
(なお、証明手数料を徴収される場合があります。)
- 4 申請書を作成しましたら、保険診療費を支払った月の翌月1日から2年以内に担当課窓口に提出してください。  
(郵送でも結構です。)

【お願い】

下記事項に該当する場合は、担当課に速やかに届け出てください。届出が遅れた場合は、遡って助成した額を返還していただくことがあります。

- 1 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるとき。
- 2 受給の資格がなくなったとき（ひとり親家庭等でなくなったとき、他市町村へ転出したとき等）。
- 3 住所若しくは家族構成又は加入している保険が変更になったとき。

【注意事項】

- 1 この申請書は、他人に譲渡し、又は担保に供してはいけません。
- 2 偽りその他の不正の行為により助成を受けたときは、助成した額の全部又は一部を返還していただきます。

様

## 佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付決定通知書

佐倉市長



あなたから申請のありました佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金の交付について、下記のとおり決定しましたので通知します。

### 記

受給者番号				
受給者氏名				
支給額				円
振込日		年	月	日
振込先	金融機関			
	本支店名			
	口座番号			
	口座名義人			

この処分に不服がある場合には、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して（審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して）6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、提起することができます。

様式第8号 (第12条関係)

佐倉市ひとり親家庭等医療費等受給資格変更届

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

届出人住所  
氏名

変更事項名	※ 該当する箇所を○で囲み、必要事項を記入すること。	
1 住 所	(新)	
	(旧)	
2 加 入 社 会 保 険	保険の種類	(新) 政・組・船・共・国
		(旧) 政・組・船・共・国
	記号・番号	(新)
		(旧)
保 険 者 名	(新)	
	(旧)	
3 児童等世帯 員の増減 増・減	個人番号	
	個人番号	
4 その他		
変 更 年 月 日	年 月 日	

私の市民税に関する所得及び諸控除の額について佐倉市が公簿により確認することに同意します。

氏名 ⑩

氏名 ⑩

※本人署名の場合は、押印不要です。

(注) この届には、被保険者等変更を証明する書類を添付してください(市の公簿で確認できない場合に限る。)

様式第9号 (第12条関係)

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金振込金融機関変更届

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者住 所  
氏 名

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付規則第12条第2項の規定により、振込金融機関の変更をしたいので届けます。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	本 店 支 店 出 張 所
口座番号	(普通)	
フリガナ		
口座名義人		



様式第10号（第14条関係）

ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者住 所  
氏 名

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成金交付規則第14条第1項の規定により、ひとり親家庭等医療費等助成受給券の再交付を受けたいので申請します。

記

申請理由

- （1）紛失したため
- （2）毀損したため
- （3）その他 （ )

様式第11号 (第17条関係)

佐倉市ひとり親家庭等医療費等助成受給資格者台帳

受給者番号		個人コード	
申請者	フリガナ氏名	性別	住所
	生年月日		
	電 話		
			続柄
受給者	フリガナ氏名	性別	受給者番号
			生年月日
	フリガナ氏名	性別	受給者番号
			生年月日
	フリガナ氏名	性別	受給者番号
			生年月日
加入医療保険	被保険者名		受給者との続柄
	保険種別		被保険者証等の記号番号
	名 称		住所
	附加給付		
	電 話		
日付	申請日		申請事由
	判定日		認定日
	却下日		却下事由
	消滅日		消滅事由
	有効期間	～	
	返還日		返還事由
口座	振込先金融機関名		預目
	口 座 番 号		名義人
申請者	所得額	算定額	制限額
	所得者個人コード	所得者氏名	扶養人数
扶養義務	所得額	算定額	制限額
	所得者個人コード	所得者氏名	扶養人数