

掛川市子ども医療費助成要綱（平成17年掛川市告示第22号）の一部を次のように改正する。

平成30年7月10日

掛川市長 松井三郎

第2条第1号中「15歳」を「18歳」に改め、同条中第4号を第5号とし、第3号を第4号とし、第2号を第3号とし、第1号の次に次の1号を加える。

（2）乳幼児 子どものうち、小学校就学の始期に達するまでの者をいう。

第4条第1号中「当該子どもに係る高額療養費の額」の次に「及び健康保険組合等の規約若しくは定款に定める一部負担還元金又は付加給付の額」を加え、「以下「高額療養費の額」を「以下高額療養費等の額」」に改め、同条第2号を次のように改める。

（2）通院により医療に関する給付を受ける場合 次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に定める額

ア 乳幼児 医療に関する給付に要する費用について社会保険各法の規定により当該保護者が負担すべき額から高額療養費等の額を控除した額

イ 乳幼児以外の子ども 医療に関する給付に要する費用について社会保険各法の規定により当該保護者が負担すべき額から高額療養費等の額及び医療に関する給付（薬局で受ける給付を除く。）1回につき500円（当該保護者が負担すべき額が500円に満たない場合はその額とし、各月4回を限度とする。）を控除した額

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第5条、第8条の2関係）

子ども医療費受給者証交付（更新）申請書

（あて先）掛川市長

申請者氏名

印

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付（更新）を申請します。

なお、受給者証の交付決定のため、所得状況等について市長が確認することに同意します。

|                                    |   |            |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|------------------------------------|---|------------|---|-------|--|----|----|----|----|--|--|--|--|
| 申請日                                | 年 月 日   | 受給者番号      |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 子ども                                | ふりがな<br>氏名  | 個人番号       | 生年月日  | 年 月 日 |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 保護者                                | 住所  | 〒          | 生年月日  | 年 月 日 |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    |   |            | 電話番号  |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    |   | 年1月1日現在の住所 | <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( )   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    | 氏名<br>個人番号  | 続柄         |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 主たる生計<br>維持者                       | 住所  | 〒          | 生年月日  | 年 月 日 |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    |   |            | 電話番号  |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    |   | 年1月1日現在の住所 | <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ( )   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    | 氏名<br>個人番号  | 続柄         |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 交付の理由                              | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>理由発生年月日 年 月 日 |            |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
| 子どもの保険証コピー添付欄<br>(保険証が大きい場合は裏面に貼付) |   |            | <p>市処理欄</p> <p>年度の<br/>控除後の所得額 _____ 円<br/>所得制限限度額 _____ 円<br/>付加給付の有無 <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無<br/>補助区分<br/><input type="checkbox"/> 県補助有り <input type="checkbox"/> 市単独</p> <table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>作成</td> <td>確認</td> <td>発行</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |       |  | 受付 | 作成 | 確認 | 発行 |  |  |  |  |
| 受付                                 | 作成  | 確認         | 発行  |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |
|                                    |   |            |   |       |  |    |    |    |    |  |  |  |  |

（注）主たる生計維持者の欄は、主たる生計維持者が保護者（受給資格者）と相違する場合に記入してください。

## 様式第2号(その1)(第6条関係)

(表面)

| 子ども医療費受給者証 |         |       |  |     |
|------------|---------|-------|--|-----|
| 公費負担者番号    |         | 受給者番号 |  |     |
| 子ども        | 氏名      |       |  | 男・女 |
|            | 生年月日    | 年 月 日 |  |     |
| 受給者        | 住所      |       |  |     |
|            | 氏名      |       |  |     |
| 有効期間       | 年 月 日から |       |  |     |
|            | 年 月 日まで |       |  |     |
| 自己負担金      | 入院      |       |  |     |
|            | 通院      |       |  |     |
| 摘要         |         |       |  |     |
| 年 月 日      |         |       |  |     |
| 静岡県掛川市長 印  |         |       |  |     |

## 注意事項

- この証は、医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 医療機関等で診療を受けるときは、その都度必ず窓口に提示してください。  
なお、この証を提示しないと医療費の助成が受けられません。
- 医療費の一部は自己負担となりますので、この証に記載された額を医療機関等の窓口で支払ってください。
- 入院時食事療養費標準負担額は、自己負担となりますので金額を医療対象機関の窓口で支払ってください。
- 保険の対象とならないもの（入院証明書料、外来紹介状が必要な病院の紹介なし患者負担額、特別な病室に入ったり特別なサービスを受けた場合の負担額など）は、助成の対象ともなりませんので、全額医療機関の窓口で支払ってください。
- この証は、県外の医療機関では使用できません。
- この証の記載事項に変更が生じたとき又は加入している保険に変更があったときは、必ず掛川市に届け出てください。
- 県内の他の市町へ転出した場合は、転出先の市町で新たに受給者証の交付を受けてください。県外へ転出した場合は、転出先の市町村でおたずねください。
- この証を破損したり、紛失したときは、再交付を受けてください。

(裏面)

| 診療月 | 受診回数 |     |     |     |
|-----|------|-----|-----|-----|
|     | 1回目  | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| 10月 |      |     |     |     |
| 11月 |      |     |     |     |
| 12月 |      |     |     |     |
| 1月  |      |     |     |     |
| 2月  |      |     |     |     |
| 3月  |      |     |     |     |

| 診療月 | 受診回数 |     |     |     |
|-----|------|-----|-----|-----|
|     | 1回目  | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| 4月  |      |     |     |     |
| 5月  |      |     |     |     |
| 6月  |      |     |     |     |
| 7月  |      |     |     |     |
| 8月  |      |     |     |     |
| 9月  |      |     |     |     |

※ 医療機関へのお願い

通院で受診した場合は、4回目まで証明印を押し、  
この証に記載された自己負担金を徴収してください。  
(5回目以降は自己負担金を徴収しないでください。)

様式第2号（その2）（第6条関係）

| 子ども医療費受給者証（乳幼児用） |         |       |  |
|------------------|---------|-------|--|
| 公費負担者番号          |         | 受給者番号 |  |
| 子ども              | 氏名      | 男・女   |  |
|                  | 生年月日    | 年 月 日 |  |
| 受給者              | 住所      |       |  |
|                  | 氏名      |       |  |
| 有効期間             | 年 月 日から |       |  |
|                  | 年 月 日まで |       |  |
| 自己負担金            |         |       |  |
| 摘要               |         |       |  |
| 年 月 日            |         |       |  |
| 静岡県掛川市長 印        |         |       |  |

注 意 事 項

- 1 この証は、医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 医療機関等で診療を受けるときは、その都度必ず窓口に提示してください。  
なお、この証を提示しないと医療費の助成が受けられません。
- 3 入院時食事療養費標準負担額は、自己負担となりますので金額を医療対象機関の窓口で支払ってください。
- 4 保険の対象とならないもの（入院証明書料、外来紹介状が必要な病院の紹介なし患者負担額、特別な病室に入ったり特別なサービスを受けた場合の負担額など）は、助成の対象ともなりませんので、全額医療機関の窓口で支払ってください。
- 5 この証は、県外の医療機関では使用できません。
- 6 この証の記載事項に変更が生じたとき又は加入している保険に変更があったときは、必ず掛川市に届け出てください。
- 7 県内の他の市町へ転出した場合は、転出先の市町で新たに受給者証の交付を受けてください。県外へ転出した場合は、転出先の市町村でおたずねください。
- 8 この証を破損したり、紛失したときは、再交付を受けてください。

## 附 則

- 1 この告示は、平成30年10月1日から施行する。
- 2 改正後の掛川市子ども医療費助成要綱の規定は、この告示の施行の日（以下「施行日」という。）以後に受けた医療に係る医療費の助成について適用し、施行日前に受けた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。
- 3 改正後の掛川市子ども医療費助成要綱第5条の規定による申請は、施行日前においても行うことができる。