

永平寺町子どもの医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則を次のように公布する。

令和3年6月1日

福井県吉田郡永平寺町長 河 合 永 充

永平寺町規則第18号

永平寺町子どもの医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

永平寺町子どもの医療費助成に関する条例施行規則(平成18年規則第58号)の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第3号を次のように改める。

様式第4号を次のように改める。

附 則

この規則は、令和3年6月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

(表面)

子どもの医療費受給資格認定申請書

年 月 日提出

永平寺町長 様

申請者 (受給者)	住 所	永平寺町				
	氏 名					
	個人番号					
	電 話					

永平寺町子どもの医療費受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな					性 別	男・女
	氏 名					受 給 者 との続柄	
	生年月日	年 月 日	個人番号				
加 入 保 険	種 類	1 国保 2 退職 3 国組 4 協会 5 日雇 6 健康組合 7 船員 8 共済					
	記号番号						
	保険者名称						
振 込 先	金融機関名	銀行・信金 農協・労金		口座番号	普通 当座		
	店 名	本店 支店		(フリガナ) 名 義			

注意 太枠の中のみ御記入ください。

提示書類

- 1 社会保険法による被保険者証又は組合員証
- 2 世帯全員の住民票の写し(別居の場合)
- 3 母子健康手帳
- 4 保護者の指定する金融機関の通帳

〈役場記入欄〉

受 付 日	年 月 日	備考
有 効 期 限	年 月 日	

(裏面)

医療費助成対象者の兄弟姉妹等の構成

続柄	氏名	年齢	現住所
父			
母			
第1子			
第2子			
第3子			
第4子			
第5子			
第6子			
第7子			

(注) 第1子又は第2子が、18歳以上で就労している場合又は住居が同一でない場合も記載してください。

様式第3号(第5条関係)

申請者記入	子どもの医療費支給申請書									
	永平寺町長 様							年 月 日提出		
	受給者 (保護者)		住所		永平寺町					
		氏名								
下記のとおり領収証明書(領収書)を添えて医療費助成の申請をします。										
対象者	受給者番号				加入 保険		1 国保 2 退職 3 国組			
	氏名						4 協会 5 日雇 6 健康組合			
	生年月日		年 月 日				7 船員 8 共済			

○この申請書は申請者が記入してください。

○1年を過ぎたものは無効となります。

医療機関記入	領 収 証 明 書									
	受診年月		年 月分		保険診療 総点数		点			
	受診者名		様		保険診療 一部負担金		円			
入院外来 区分		1 入院 2 外来 3 訪問		入院時 食事療養費		円				
下記のとおり領収したことを証明します。										
年 月 日				住 所 名 称 氏 名						
				(印)						
		府 県		表 地 区		番 号		診療科目		
		1 8								

○点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

						負担		高額		特疾		保険率	
						1							
A 総医療費		B 本人負担		C 附加給付		D 高額療養		E 他負担		F 助成額		現償	
												0	
算出基礎					食事療養費		総支給額		支給月		データ No.		

子どもの医療に関する申請(届出)書

年 月 日

永平寺町長 様

申請者 住 所  
届出者)氏 名  
電 話

次のとおり申請(届出)します。

1欄 (受給者証再交付申請)

再交付理由	破 損 ・ 亡 失						
受 給 者	氏名		番号				
受給資格者	氏名		性別	男 ・ 女			
	住所	永平寺町	生年月日		年	月	日

2欄 (資格喪失届出)

受給者氏名		番号					
理 由							
喪失年月日		年	月	日			

3欄 (登録事項変更届出)

受給者氏名		番号						
変更年月日		年	月	日				
変 更	受 給 者	氏 名		性別				
		個 人 番 号						
		住 所						
		生 年 月 日						
更	保 護 者	氏 名		生年月日				
		個 人 番 号						
		住 所						
事 項	加 入 保 險	世帯主・被 保険者又は組 合員氏名		性別	男・女	対象者との 続柄		
		住 所		生年月日		年	月	日
	名 称		記号番号					
	所 在 地		付加給付	無・有( )				
	口 座	金 融 機 関 名		口座番号				
支 店 名			名 義					