

改正

昭和53年3月16日規則第3号

昭和60年4月18日規則第3号

平成8年12月24日規則第14号

平成11年3月30日規則第7号

平成14年9月26日規則第15号

平成15年12月1日規則第11号

平成16年9月30日規則第7号

平成18年9月29日規則第15号

平成18年11月1日規則第18号

平成20年9月30日規則第19号

平成22年8月19日規則第20号

平成28年6月24日規則第21号

平成30年12月13日規則第26号

豊前市子ども医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、豊前市子ども医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第34号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(受給資格の認定・更新申請の手続)

第2条 条例第5条の規定により、子ども医療費の受給資格の認定又は更新を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第3条に規定する保護者及びその配偶者の所得が福岡県子ども医療費支給事業費県費補助金の交付該当・非該当の判定が可能となる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

(医療証の交付及び未交付の通知)

第3条 条例第6条第1項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、市長が同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を子どもごとに審査したうえ、行うものとする。

2 市長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

(医療証の有効期間等)

第4条 条例第2条第2号に規定する乳幼児の子ども医療証の有効期間は、当該乳幼児が6歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

2 条例第2条第3号に規定する児童の子ども医療証の有効期間は、当該児童が6歳に達する日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

3 受給資格者は、医療証の有効期限が満了したときは、当該医療証を速やかに市長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、子ども医療証再交付申請書を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他市長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、子ども医療費の支払を市長に請求しようとするときは、請求書を市長に提出しなければならない。ただし、子どもが国民健康保険の被保険者以外にあっては、子障親医療費請求書又は子障親訪問看護療養費請求書を提出するものとする。

(子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて子ども医療費支給申請書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、子どもが豊前市国民健康保険の被保険者であって、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 市長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 子どもの住所及び氏名
- (2) 子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者(以下「被保険者等」という。)の住所及び氏名
- (3) 受給資格者の住所及び氏名(受給資格者が被保険者等でない場合のみ)
- (4) 子どもの死亡
- (5) 子どもの被保険者等
- (6) 子どもの被保険者等に係る保険者
- (7) その他市長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、子ども医療変更届に医療証を添え、これを市長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを市長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、子ども医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を、直ちに市長に届け出なければならない。

(様式)

第11条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳 様式第1号
- (2) 子ども医療証(乳幼児用) 様式第2号
- (3) 子ども医療証(小中学生用) 様式第3号
- (4) 子ども医療証再交付申請書 様式第4号

- (5) 子障親医療費請求書（医科，歯科用） 様式第5号
- (6) 子障親医療費請求書（調剤用） 様式第6号
- (7) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第7号
- (8) 子ども医療費支給申請書 様式第8号
- (9) 子ども医療変更届 様式第9号
- (10) 第三者の行為による被害届 様式第10号
- (11) 子ども医療費受給資格喪失届 様式第11号

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和49年10月1日以降に受ける医療に係る乳幼児医療費から適用する。

附 則（昭和53年3月16日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行し、昭和52年7月1日から適用する。

附 則（昭和60年4月18日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成8年12月24日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則（平成11年3月30日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第4号及び様式第5号の改正規定は、平成9年9月1日から適用する。

附 則（平成14年9月26日規則第15号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成15年12月1日規則第11号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成16年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、平成16年1月1日前においても、改正後の豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成15年条例第16号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成16年9月30日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成16年8月5日から適用する。

附 則（平成18年9月29日規則第15号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成18年11月1日規則第18号）

- 1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。ただし、様式第2号の改正規定は、平成19年1月1日から施行する。
- 2 第11条に定める様式第4号から様式第6号までの様式については、当分の間、改正前の様式を取繕って使用することができる。

附 則（平成20年9月30日規則第19号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年条例第25号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成22年8月19日規則第20号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成22年10月1日（以下「施行日」という。）から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児・こども医療費から適用する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市乳幼児・こども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成22年条例第21号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証又はこども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成28年6月24日規則第21号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市子ども医療費の支給

に関する条例施行規則の規定により、豊前市乳幼児・こども医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成28年条例第18号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成30年12月13日規則第26号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第11条関係）

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳														
医療証番号				資格認定年月日				年 月 日						
				申請事由										
子ども	ふりがな 氏名	年 月 日生			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所								
保護者	ふりがな 氏名	子どもとの続き柄（ ）			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	□同上							
生計維持者	ふりがな 氏名 個人番号	子どもとの続き柄（ ）			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	□同上							
医療保険	保険種別	被保険者証の 氏名、記号・番号			氏名	記号	番号							
	保険者名	保険者番号				所在地					付加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
所得の状況	年分 所得額 円		所得区分	<input type="checkbox"/> 被用者又は公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者	扶養親族等及び児童の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)		人 (人)	児童手当の受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<p>上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。 なお、この制度の資格審査、設定に当たり、豊前市が保有する公募等により確認することに同意します。 又、申請した事項に変更が生じたときには、速やかに届出を行います。</p> <p><input type="checkbox"/>当該申請に関して豊前市が市町村民税に係る情報及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p><input type="checkbox"/>高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を豊前市に委任します。</p> <p>年 月 日 申請者 住所 氏名 豊前市長 殿 (TEL)</p>														
審査欄	控除後の所得額 円		所得制限限度額 円		判定 可・否	備考欄								

様式第2号 (第11条関係)
(表 面)

福岡県子ども医療(乳幼児用)	
<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">子</div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">医 療 証</div> </div>	
有効期間	
負担者番号	8 1 4 0 0 1 5 2
受給者番号	
受 給 者	住 所
	氏 名
	生年月日
一部自己負担金	<small>入院のときは、県立病院等が定額を一律に標準して下さい。</small> 入院 徴収しない 入院外 徴収しない
発行機関名及び印	福岡県豊前市長 TEL(代表)0979-82-1111 印
交付年月日	

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

(裏 面)

注意事項
<p>1. この証は、豊前市の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。</p> <p>2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。</p> <p>3. 子どもが豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。</p> <p>4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</p> <p>7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっていきますからご了承ください。 (後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。) ※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。</p> <p>8. 学校や保育園の管理下でのけが等に該当する場合は、災害共済給付金制度を利用できます。</p>

様式第3号 (第11条関係)
(表 面)

福岡県子ども医療(小中学生用)	
<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px;">子</div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">医 療 証</div> </div>	
有効期間	
負担者番号	8 1 4 0 0 1 5 2
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
一部自己負担金	<small>入院のときは、限度額超過認定証を一緒に提示して下さい。</small> 入院 徴収しない 入院外 1月当たり800円を限度 <small>※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 ただし、入院外については、ひとり親家庭等医療または児童障害者医療を優先しますので受給者はそれぞれの医療証を使用してください。</small>
発行機関名及び印	福岡県豊前市長 印 TEL(代表)0979-82-1111
交付年月日	

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では併用できます。)

(裏 面)

注意事項
<p>1. この証は、豊前市の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。</p> <p>2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に加えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。</p> <p>3. 子どもが豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。</p> <p>4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</p> <p>7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっていきますからご了承ください。 (後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。) ※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。</p> <p>8. 学校や保育園の管理下でのけが等に該当する場合は、災害共済給付金制度を利用できます。</p>

子ども医療証再交付申請書

年 月 日

豊前市長 殿

申請者
住所
氏名
電話

下記のとおりですから、子ども医療証を再交付して下さるよう申請します。

子ども医療証の
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

子どもの氏名 _____

- 申 請 の 理 由
1. なくした
 2. やぶれた
 3. よごれた
 4. その他 ()

様式第5号 (第11条関係)

年 月分 子障親医療費請求書 (医科, 歯科用)

4 0 殿

医療機関
コ ー 下

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等
の
所在地及び名称
開設者氏名

㊦

	保 険 給 付 別	件 数	診 療 実 日 数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一 部 負 担 金	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
⑥ 障 害 者	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求					
		*決 定					
	8 割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第6号（第11条関係）

年 月分 子障親医療費請求書 (調剤用)

4 0 殿

薬 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等
の
所在地及び名称
開設者氏名

㊞

	保 険 給 付 別	件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一 部 負 担 金	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請 求				
		*決 定				
	8 割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
⑥ 障 害 者	7 割	請 求				
		*決 定				
	8 割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
⑨ ひ と り 親	7 割	請 求				
		*決 定				
	8 割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4 0

殿

訪問看護
ステーションコード

下記のとおり請求する。
年 月 日

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名

印

	保険給付別割合		件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
	請求	*決定						
⑤ 子ども	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑥ 障害者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑨ ひとり親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第8号 (第11条関係)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

豊前市長 殿

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

子ども医療証 の受給者番号					被保険者証等の 記号・番号	
受給者氏名				保険者名称		
				世帯主		
生年月日				被保険者等 氏名		
傷病名						
						療養期間
医療機関	所在地					
	名称					
医療費総額		円	申請額		円	
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他（ ）					
振込先 □前回と変更なし	銀行名					
	支店名					
	口座番号					
	フリガナ 名義人					

様式第9号 (第11条関係)

様式第10号 (第11条関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

豊前市長様

届出人 住所
氏名

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)	
加害者	住所		氏名	職業 電話
加害者の使用者	住所		氏名	職業 電話
負傷の日時及び場所		年 月	日午前・午後	時 分頃 場所
発病の原因 又は負傷時の状況				
疾病又は負傷の程度			治ゆまでの見込み	入院 日 通院 日 診療費総額 円
診療を受けた医師名	当初	住所	氏名	電話
	転医後	住所	氏名	電話
自動車事故 の場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地	
損害賠償に 関する交渉 の経過				

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

豊前市長 殿

届出人 住所

氏名

電話

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1, 転出予定		
	2, 生活保護受給		
	3, 死亡		
	4, 生計維持する者の所得超過		
	5, その他 ()		
受給資格喪失年月日	年	月	日
医療証	受給者番号		
	氏名		