

岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則（昭和53年8月1日規則第10号）

最終改正:令和7年9月8日規則第21号

改正内容:令和7年9月8日規則第21号〔令和7年9月8日〕

○岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則

昭和53年8月1日規則第10号

改正

昭和54年12月28日規則第14号
昭和61年7月31日規則第16号
平成3年7月22日規則第19号
平成15年3月31日規則第10号
平成19年12月28日規則第27号
平成24年3月29日規則第22号
平成24年4月11日規則第29号
平成26年9月30日規則第19号
平成27年3月31日規則第17号
平成30年12月21日規則第33号
令和元年10月9日規則第13号
令和3年3月26日規則第14号
令和5年3月23日規則第16号
令和6年12月2日規則第38号
令和7年3月28日規則第6号
令和7年9月8日規則第21号

岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例(昭和53年岩倉市条例第23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。

(住所)

第2条 条例第2条第1項に規定する「岩倉市の区域内に住所を有する」とは、本市の住民基本台帳に記録され居住している場合をいう。

(社会保険各法)

第3条 条例第2条第1項による規則で定める法律は、次のとおりとする。

- (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) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)

(受給者証の交付申請)

第4条 受給資格者は、医療費の支給を受けようとするときは、あらかじめ母子・父子家庭医療費受給者証交付・更新申請書(様式第1)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請には、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者若しくは社会保険各法による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であることを証する資格確認書等その他条例第2条に規定する受給資格者であることを明らかにする書類を提示し、又は添えなければならない。

(受給者証の交付)

第5条 市長は、前条の規定による申請があつた場合において、受給資格者であることを確認したときは、条例第3条に規定する母子・父子家庭医療費受給者証(様式第2)を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間は、前項に規定する確認があつた日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日。以下「開始日」という。)から開始日以降最初に到来する10月31日(その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者となる日。以下「有効期限」という。)までとする。

(受給者証の更新申請等)

第6条 受給者は、有効期限の後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ、母子・父子家庭医療費受給者証交付・更新申請書を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

2 前項の申請には、第4条第2項を準用する。

3 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、当該受給者証を、速やかに、市長に返還しなければならない。

(受給者証の再交付申請)

第7条 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は失つたときは、母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書(様式第3)を市長に提出してその再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合の前項の申請書には、その受給者証を添付しなければならない。

3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、失つた受給者証を発見したときは、速やかに、これを市長に返還しなければならない。

(医療費の請求)

第8条 医療機関等は、条例第6条第1項の規定により医療費の支払を受けようとする場合は、市長に請求しなければならない。

(支給の特例)

第9条 条例第6条第2項に規定する「特別の理由」とは、次の各号のいずれかに該当する場合をいう。

- (1) 国民健康保険法及び社会保険各法の規定により、受給者に係る療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給されたとき。
- (2) 前号に定める場合のほか、市長が特別に必要があると認めたとき。

2 受給者は、条例第6条第2項に規定する方法により医療費の支給を受けようとするときは、母子・父子家庭医療費支給申請書(様式第4)を市長に提出しなければならない。

3 前項の申請書には、第1項第1号に該当する場合にあつては療養費又は家族療養費の支給額を証する書類を添付しなければならない。

(支給額の決定)

第10条 市長は、前条第2項の規定による申請があつたときは、支給額を決定し、通知しなければならない。

(変更の理由)

第11条 条例第7条の規則で定める理由は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 条例第5条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団(以下「保険者等」という。)の変更、当該保険者等の名称若しくは事業所の所在地の変更又は当該医療の給付内容の変更
 - (2) 被保険者、組合員又は加入者の医療保険の記号番号の変更
- (変更の届出)

第12条 受給者は、条例第7条に規定する届出義務が生じたときは、14日以内に母子・父子家庭医療費受給資格変更・喪失届(様式第5)に受給者証及び変更を証する書類を添付して市長に届け出なければならない。

(受給資格喪失の届出)

第13条 受給者は、条例第2条第1項第2号から第4号までの規定に該当しなくなったとき又は同条第2項各号の規定に該当することとなったときは、速やかに、母子・父子家庭医療費受給資格変更・喪失届に受給者証を添付して市長に届け出なければならない。

(第三者行為による傷病届)

第14条 母子・父子家庭医療費の支給理由が第三者の行為によつて生じたものであるときは、母子・父子家庭医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、速やかに、第三者行為による傷病届(様式第6)により市長に届け出なければならない。

（添付書類等の省略）

第15条 市長は、この規則の規定により申請書又は届書に添付して提出する書類等により証明すべき事実を公簿等によつて確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

（母子・父子家庭医療費に関する処分の通知）

第16条 市長は、母子・父子家庭医療費の支給に関する処分をするときは、文書をもつてその内容及び理由を申請者に通知しなければならない。

（雑則）

第17条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和53年7月1日から適用する。

附 則（昭和54年規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（昭和61年規則第16号）

この規則は、昭和61年8月1日から施行する。

附 則（平成3年規則第19号）

この規則は、平成3年8月1日から施行する。

附 則（平成15年規則第10号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成19年規則第27号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成24年3月29日規則第22号）

この規則は、平成24年7月9日から施行する。

附 則（平成24年4月11日規則第29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 この規則の施行の際、現に改正前の岩倉市母子家庭等医療費助成条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、改正後の岩倉市母子家庭等医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成26年9月30日規則第19号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26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改正前の岩倉市母子家庭等医療費助成条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式は、改正後の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成27年3月31日規則第17号）

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成30年12月21日規則第33号）

この規則は、平成31年1月1日から施行する。

附 則（令和元年10月9日規則第13号）

（施行期日等）

1 この規則は、公布の日から施行し、令和元年7月31日から適用する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則（以下「旧規則」という。）第4条又は第6条に規定する申請に基づく受給者証の有効期限が令和元年7月31日となっている者（令和元年11月1日以降も引き続き受給資格者である者を除く。）については、旧規則第5条第2項の規定にかかわらず、受給者証の有効期限を令和元年10月31日（その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者となる日）とする。

3 この規則の施行の日までの間の旧規則第4条又は第6条に規定する申請に基づく受給者証の有効期限が令和2年7月31日となる者については、旧規則第5条第2項の規定にかかわらず、受給者証の有効期限を令和2年10月31日（その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者となる日）とする。

4 この規則による改正後の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則（以下「新規則」という。）第4条に規定する申請に基づく受給者証の有効期限が令和元年10月31日となる者であつて、令和元年11月1日以降も引き続き受給資格者であるものについては、新規則第5条第2項の規定にかかわらず、受給者証の有効期限を令和2年10月31日（その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者となる日）とする。

附 則（令和3年3月26日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第1の改正規定は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和5年3月23日規則第16号）

（施行期日）

1 この規則は、令和5年4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この規則による改正前の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、この規則による改正後の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（令和6年12月2日規則第38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 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、この規則による改正後の岩倉市母子・父子家庭医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（令和7年3月28日規則第6号抄）

改正

令和7年9月8日規則第21号

（施行期日）

1 この規則は、令和7年6月1日から施行する。

附 則（令和7年9月8日規則第21号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の刑法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係規則の整理に関する規則附則第2項の規定は、令和7年6月1日から適用する。


様式第1（第4条、第6条関係）

区分		母・父		児		童	
母子・父子家庭医療費受給者証〔交付更新〕申請書							
年 月 日							
岩倉市長 殿							
申請者 住 所							
氏 名							
電話番号							
住 所							
フリガナ氏名							
生年月日							
個人番号							
申請者との続柄							
職業・学校名							
※受給者番号							
加入医療保険	被保険者名			続柄			住所
	記号番号					附加給付等の有無	有・無
	保険者等の称名			所在地			
母子・父子家庭となった理由		1 死亡 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外 6 精神・身体の障害 7 拘禁 8 未婚の母等 9 父母のいない児童（交付事由発生年月日 年 月 日）					
同意欄		申請に当たり、次のことに同意します。 1 母子・父子家庭医療費支給事務の遂行に必要な範囲内で個人情報収集し、及び利用すること。 2 高額療養費又は附加給付金等の支給がある場合は、市が医療機関等に支払った範囲内において、市が保険者等から当該金額を受領すること。 3 2の場合で保険者等から被保険者等に対し直接高額療養費又は附加給付金等が支給されたときは、市が医療機関等に支払った範囲内において、市に当該金額を返納すること。					
※確認公簿名等							
※受給資格認定		適・否					

(注) 加入保険が母・父と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。

※印の欄は、記入しないでください。

様式第2（第5条関係）

愛知県内のみ有効	
 母子・父子家庭医療費受給者証	
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及び印	愛知県 岩倉市長
交付年月日	年 月 日

この証は、医療機関の窓口へ提出してください。

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名又は居住地に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

様式第3（第7条関係）

母子・父子家庭医療費受給者証再交付申請書				
年 月 日				
岩倉市長 殿				
申請者 住 所 氏 名 電話番号				
区 分	母 ・ 父	児 童		
住 所				
フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日				
申請者との続柄				
個 人 番 号				
※受給者番号				
申 請 理 由				
同 意 欄	申請に当たり、次のことに同意します。 1 母子・父子家庭医療費支給事務の遂行に必要な範囲内で個人情報を集し、及び利用すること。 2 高額療養費又は附加給付金等の支給がある場合は、市が医療機関等に支払った範囲内において、市が保険者等から当該金額を受領すること。 3 2の場合で保険者等から被保険者等に対し直接高額療養費又は附加給付金等が支給されたときは、市が医療機関等に支払った範囲内において、市に当該金額を返納すること。			
※再交付年月日	年 月 日			

※の欄は記入しないでください。

様式第4（第9条関係）

母子・父子家庭医療費支給申請書					
年 月 日					
岩 倉 市 長 殿					
住 所 申請者 氏 名 個人番号 電話番号					
受給者番号	氏 名			生 年 月 日	
区 分	入院・入院外	傷 病 名			
療 養 期 間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
医 療 機 関	(所在地)				
	(名 称)				
加入医療保険の 記 号 番 号					
保 険 者 等 の 名 称					
金 融 機 関 名	支店番号	支店名	口座種別・番号	口 座 名 義 人(カナ)	
同 意 欄	申請に当たり、次のことに同意します。 1 母子・父子家庭医療費支給事務の遂行に必要な範囲内で個人情報収集し、及び利用すること。 2 高額療養費又は附加給付金等の支給がある場合は、市が医療機関等に支払った範囲内において、市が保険者等から当該金額を受領すること。 3 2の場合で保険者等から被保険者等に対し直接高額療養費又は附加給付金等が支給されたときは、市が医療機関等に支払った範囲内において、市に当該金額を返納すること。				
医療費総額	他法負担額	自己(一部) 負 担 割 合	自己(一部) 負 担 額	附 加 等	支 給 決 定 額
円	円		円	円	円

様式第5（第12条、第13条関係）

母子・父子家庭医療費受給資格〔 変更 〕 届		年 月 日	
岩 倉 市 長 殿			
		住 所	
		届出者	
		氏 名	
		個人番号	
		電話番号	
区 分	変 更 後・喪 失	変 更 前	事 由
受給者	住 所		1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 () 2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 18歳到達年度末 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 ()
	フリガナ		
氏 名			
加入医療保険	被保険者等		
	氏 名		
	住 所		
	記 号 番 号		
	保 険 者 等 の 名 称		
所 在 地			
給 付 の 内 容 (附 加 給 付 等)			
そ の 他 ()			
同 意 欄	申請に当たり、次のことに同意します。 1 母子・父子家庭医療費支給事務の遂行に必要な範囲内で個人情報を収集し、及び利用すること。 2 高額療養費又は附加給付金等の支給がある場合は、市が医療機関等に支払った範囲内において、市が保険者等から当該金額を受領すること。 3 2の場合で保険者等から被保険者等に対し直接高額療養費又は附加給付金等が支給されたときは、市が医療機関等に支払った範囲内において、市に当該金額を返納すること。		
備 考			証回収・未回収

※該当する□の中にレ印を記入してください。

様式第6（第14条関係）

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
（被 保 険 者 名 等）	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	保険者名		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒 生年月日 年 月 日	電話番号 ()	
		住所 / 電話			
（受 被 害 者）	受給者番号				
	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話		電話番号 ()		
（第 三 害 者）	氏 名	ふりがな 氏 名 〒	電話番号 ()		
	住所 / 電話				
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日	午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		<input type="checkbox"/>	
（自 賠 責 保 険）	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏 名		
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号		
任 意 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署		
	取扱店所在地 / 電話	〒	電話番号 ()		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 〒	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 〒			
	住所	〒			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号		
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署		
		担当者氏名	電話番号 ()		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。</small>	① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒		電話番号 ()	
		② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒		電話番号 ()	
		③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	治療終了(見込) 年 月 日
		〒		電話番号 ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック		<input type="checkbox"/>	