松江市福祉医療費助成条例施行規則及び松江市子ども医療費助成条例施行規則の一部を 改正する規則

(松江市福祉医療費助成条例施行規則の一部改正)

第1条 松江市福祉医療費助成条例施行規則 (平成17年松江市規則第76号) の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前
様式第2号(第3条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第2号(第3条関係) <b>別紙のとおり</b>
様式第3号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第3号(第3条関係) <b>別紙のとおり</b>
様式第4号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第4号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第5号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第5号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第6号の2(第4条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第6号の2(第4条関係) <b>別紙のとおり</b>
様式第 11 号(第 8 条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第 11 号(第 8 条関係) <b>別紙のとおり</b>
様式第 16 号(第 3 条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第 16 号(第 3 条関係) <b>別紙のとおり</b>

受付日	年	月	日	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

		-1.0		-
受	給	右	番	묽

# 福祉医療費医療証(資格証)交付・変更申請書

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(電話

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の(交付・変更)を申請します。あわせて福祉医療費助成の審査のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

フリガナ 個人番号 氏 名 受 住 所 生年月日 手帳種別 手帳番号 第 障害等級 種 級 者 障害の状況 手帳種別 号 手帳番号 障害等級 級 受給者と 氏名 生 年 月 日 個人番号 備考 の続柄 世 帯  $\mathcal{O}$ 状 況 加 被保険者名 受給者との続柄 住 所 入 医 保険種別 記号•番号 療 附加給付 支給基準 申請事由発生 申請事由 年 月 日

所得税で非課税対象である公的年金等については、次のとおりです。

種 類	所得税で非課税となる公的年金等の名称	年間支給金額
遺族年金		円
障害に関わる年金		円

(その2)

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	目

	受 給 者	番号					申	請	事 由			
	福	祉医療	費医療	索証(	資格記	.) 交付	· 変!	更申詞	請書(で	ひと	り親用)	
	(あて先	E)松江ī	市長							年	月	日
						申請者	住所					
							氏名					
下	記のとおり	(福祉	医瘤費	医療証	(資格証	) の ( 交も		更) な	シ申請しま	す	あわけて福	祉医療費助成
	査のため、											正匹从员为从
						記						
	フリガナ											
受	氏 名								生年月	H		
給	個人番号					区分	分		電話番	号		
者	住 所											
		氏	: 名			生 年	月	日	受給者	ひと	り親医療の該	備考
			個	人	番号	+			との続柄	当非	核当の別区分	備考
مللل	<u>i i</u>	İ	į	i i	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>					
世帯		<u> </u>	<u> </u>	<del>                                     </del>	<u> </u>		1					
m Ø		İ	į									
状												
況												
	<u> </u>	<u> </u>	i	<u>i</u>	<u> </u>	l	<u>i</u>					
			•	<u> </u>	<u> </u>		1					
L						- 10 44	 					
加 入	被保険	者名				受 給 者との続柄			住所			
医 療	保 険 種	重 別					記号	<u>1</u>	番号			
保 険	附加約	合 付					支	給	基 準			
備考		l					•					

受付日	年	月	日	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

受	公公	*	番	문
, <u>~</u>	ボロ	白		Ħ

## 福祉医療費医療証(資格証)交付・変更申請書

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(電話

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の(交付・変更)を申請します。あわせて福祉医療費助成の審 査のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

フリガナ 性別 個人番号 氏 名 受 住 所 生年月日 手帳種別 手帳番号 号 第 障害等級 種 級 障害の状況 者 手帳種別 号 手帳番号 障害等級 級 受給者と 氏名 生 年 月 日 個人番号 備考 加 の続柄 世 帯  $\mathcal{O}$ 状 況 加 被保険者名 受給者との続柄 住 所 入 医 保険種別 記号•番号 療 附加給付 支給基準 申請事由発生 申請事由 年 月 日

所得税で非課税対象である公的年金等については、次のとおりです。

種類	所得税で非課税となる公的年金等の名称	年間支給金額
遺族年金		円
障害に関わる年金		円

(その2)

受付日	年	月	目
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

	受 給	者	番	号							F	自請	事	由					
	福祉医療費医療証(資格証)交付・変更申請書(ひとり親用)																		
	(b	ってき	눈)松	江市:	長										年		月	日	
									申	請者	住	折							
											氏	名							
下	記の。	とお	り、袺	<b>冨祉医</b>	療費	医療詞	正(資	格証	) の	(交付	<b>† •</b> 3	変更)	を申	請しま	ミす。	あわせ	せて福	祉医療	費助成
の審	査の7	<b>とめ、</b>	私及	及び世	带全	員の記	果税台	帳を	閲覧		雀認	を行う	こと	を承認	若しま	す。			
	11	ボユ	1							記			<u> </u>						
受	フリ 氏	カナ 名								性別	}I]		2	生年月	日				
給	個人	番号								区分	分		į	電話番	:号				
者	住	所																	
			氏	名	<b>/</b>			別		年	月	日	_	給 者 の続柄		り親医療 該当の別		備	考
					個	人	番	Ę	<del>}</del>					7 NYL 111	= 7 7 1	<b>以</b> ヨ ジル	1位力		
世																			
帯																			
の 状																			
況																			
				•	•	•		· ·				,							
	i		i	<u>i</u>	<u>i</u>	<u>i</u>		i			<u> </u>	i							
			İ	]	<u> </u>			I			1								
加	被货	- 険	者々	<u> </u> 	!		<u> </u>	<u> </u>	受が	合 者 続 柄			住	所	<u> </u>				
入 医										NUL TYI									
療	保	険 :	種	il l							記	号 •	番	号					
保険	附	加	給付	十							支	給	基	準					
備考	•																		

様式第3号(第3条関係)

## 福祉医療費助成認定判定依頼書(知的障害者(児)用)

<ul><li>ふりがな</li><li>氏</li><li>名</li></ul>		生年月日	年	月 日
保護者名		本人との続柄		
住 所	市	町	番地	
備考				
1 身体	障害者手帳 有 番号	<del>'</del> ( )	)	
	発行	f年月日( 年	月	∃)
	等級	及( )級		
	障害	写名(		)
2 精神	障害者保健福祉手帳 有	重号(	)	
		発行年月日(	年	目 目)
		有効期限(	年 月	日)
		等級( )	)級	
3 1及	び2は無			

上記の者についての判定を依頼します。

年 月 日

松江市長 氏 名

島根県中央児童相談所長

様

島根県立心と体の相談センター所長

様式第3号(第3条関係)

## 福祉医療費助成認定判定依頼書(知的障害者(児)用)

ふりか	i な			性	別	男	· 女
氏	名			生年月	日	年	月 日
保護者	省 名			本人との	決続		
住	所	市		町		番地	
備考							
1	身体降	章害者手帳 有	番号(		)		
			発行年月	日(年	月	日)	
			等級(	)級			
			障害名(				)
2	精神	章害者保健福祉手帳	<b>有</b>	番号(		)	
				発行年月日(	年	月	日)
				有効期限(	年	月	日)
				等級(	)級		
3	1及て	<b>ド2は無</b>					

上記の者についての判定を依頼します。

年 月 日

松江市長 氏 名

島根県中央児童相談所長

様

島根県立心と体の相談センター所長

	<b>a</b>	福祉医療費医療証	
	費負担者 号		
受	給者番号		
助成	居住地		
対象	氏 名		
者	生年月日	年 月 日	
負	担割合	医療費の1割	
負	担限度額	入 院 入 [6]	完 外
有	効 期 限	自   年   月     至   年   月	
交	付年月日	年 月	日
	行機関名び 印	島根県 松江市長 氏 名 目	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適 用されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長 に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったとき 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。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を 受けてください。
- 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。

	福	福祉医療費医療証		
	費負担者			
番	号			
受	給者番号			
助成	居住地			
放 対 象	氏 名			男 女
	生年月日	年 月	日	
負	担割合	医療費	の 1 割	
負	担限度額	入 院	入 院	外
有	効 期 限	自 至	年 年 月	日日
交	付年月日		年 月	日
発及	行機関名び 印	島根県 松江市長 氏	名 印	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適 用されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、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。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 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。

	福老	福祉區	医療費資格証		
公番	費負担者 号				
受	給者番号				
資	居住地				
格	氏 名				
者	生年月日		年 月	日	
負	担割合		医療費	の 1 割	
負	担限度額	入	院	入院	外
有	効 期 限	自至		年 年 月	
交	付年月日			年 月	日
	行機関名 び 印	島根県	松江市長 日	无名即	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用 されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。 ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の 医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長 に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、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。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を 受けてください。
- 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。

	福老	福祉	医療費資格証			
公	費負担者					
番	号					
受	給者番号					
資	居住地					
格	氏 名					男 女
者	生年月日		年 月	目		
負	担割合		医療費	0)	1 割	
負	担限度額	入	院		入 院	外
有	効 期 限	自 至		年年	 月 月	日日
交	付年月日			年	月	П
発之及	行機関名び 印	島根県	松江市長 日	Ę	名即	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用 されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。 ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の 医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長 に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、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。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を 受けてください。
- 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。

受付日	年	月	日	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

				受	給 者	番号			
		福祉医療費医療	<b>季証</b> (	(資格証)	更新	所申請 <sup>3</sup>	書		
	(あて先)松江	市長					年	月	日
			申請者	住 所					
				氏 名					
				(電話					)
		福祉医療費医療証(資格証 ん。あわせて福祉医療費助成							
行	うことを承諾し	します。		記					
	フリガナ			HC					
117.	氏 名			住 所					
受給	生年月日	年 月	日	申請者との	続柄				
者	障害の状況			程度		1			
	障害の状況			住 及					
<i>I</i> $\Box$	氏 名			受 給 者との続柄					
保護	住 所			電 話					
者	生年月日			職業					
加	被保険者名		受給有	者	住所				
入			との続	柄					
医	保険種別			記号・番号					
療保	名 称			所 在 地電話					
険	附加給付			支給基準					
申	請事由発生			申請事由					
年	月 日	正復税で北部税 <b>対</b> 各でなる	八九年	<b>A</b> なについて	14 1/h /	カレナンカッ	s- <del></del>		
		所得税で非課税対象である 所得税で非課税とな					:9。 年間支給&	 dag	
	遺族年								円
	障害に関わる年								円

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	目

# 福祉医療費医療証(資格証) 更新申請書(ひとり親用)

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住所

氏名

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の交付を申請します。なお、私及び世帯全員の個人番号に変更はありません。あわせて福祉医療費助成の審査ため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

記

交 付

受 ;	給者証番号		日日				申請理由	
	氏					生年月日	I	
受	名			区分		電話番号	<u>,                                    </u>	
給者	住所							
白	方書							
	氏	名	生	年 月	日	受給者との 続柄	ひとり親医療の該 当非該当の別区分	備考
世								
帯								
$\mathcal{O}$								
状								
況								
加	被保険者名		<b>!</b>			保険種別		扶養区分
入 医	名 称					附加給付		
入医療保	記号・番号					電話番号		
険	所 在 地							
備る	与							

受付日	年	月	日	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

			受 給	者 番 号		
		福祉医療費医療証	三(資格証)更	新申請	書	
	(あて先)松江	<b>L</b> 市長			年 月	日
		申請	青者 住 所			
			氏 名			
			(電話			)
		、福祉医療費医療証(資格証)の ん。あわせて福祉医療費助成の審				
	うことを承諾					
	- 11 12	ld-Dil	記			
	フ リ ガ ナ	性別				
受	氏 名					
給	生年月日	年 月	申請者との続杯	5		
者	障害の状況		── 程 度			
	14 11 42 17(1)					
保	氏 名		受 給 者との続柄			
護	住 所		電話			
者	生年月日		職業			
加	被保険者名		給者 住	所		
入医	保険種別		記号・番号			
療保	名 称		所 在 地 電 話			
険	附加給付		支給基準			
	請事由発生		申請事由			
年	月日	 所得税で非課税対象である公的	5年を学については、	歩のしむりて	·	
	 種 類				 年間支給金額	
			7117 J 37 J 37 H 13			П
-	遺 族 年  障害に関わる <sup>4</sup>	<b>金</b> F金				円円
L'	1 11 12 12 12 0					

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

# 福祉医療費医療証(資格証) 更新申請書(ひとり親用)

(あて先)松江市長

受給者証番号

年 月 日

申請理由

申請者 住所

氏名

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の交付を申請します。なお、私及び世帯全員の個人番号に変更はありません。あわせて福祉医療費助成の審査ため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

記

交 付

				日					
	氏				性別		生年月日	1	·
受	名				区分		電話番号	7	
給者	住所			1			,		
Ъ	方書								
		氏 名	性別	生	年 月	日	受給者との 続柄	ひとり親医療の該 当非該当の別区分	備考
世									
帯									
Ø									
状									
況									
加	被保険	食者名					保険種別		扶養区分
入 医	名	称					附加給付		
入医療保	記号·	番号					電話番号		
険	所 在	臣 地							
備る	与								

## <改正後>

### 様式第11号(第8条関係)

130. (2)10 == 0 (2)10	- 3/4/34/17			
	福祉医療	寮費医療	証(資格証)破	損・亡失届
	氏 名	生	年 月 日	医療証(資格証)の受給者番号
助成対象者				
			• •	
居住地				
被保険者		加入医療保険	保険者名	
(組合員)名		療保険	記号・番号	
福祉医療費	景医療証(資格証)	な	按 損 □ 大の <sup>-</sup> □ 失	でお届けします。
年月	日			
			届出	人 住 所
				氏 名
				(助成対象者との続柄)
(あて先)ゼ	公江市長			

## <改正前>

様式第 11 号(第	8条関係)			
	福祉医療	費医療	証(資格証)破	損・亡失届
	氏名	生	年 月 日	医療証(資格証)の受給者番号
助成対象者	男女			
居 住 地				
被保険者		加入医療保険	保険者名	
(組合員)名		療保険	記号·番号	
福祉医療費	と医療証(資格証)を	>	ま損 こ失 こ失	ごお届けします。
年月	日			
			届出	人住所
				氏 名
				(助成対象者との続柄 )

(あて先)松江市長

様式第16号(第3条関係)

## 福祉医療費助成認定判定書(知的障害者(児)用)

ふ	りがな	
氏	名	生年月日 年 月 日生
保	護者名	住 所
	知能検査結果 合併障害	検査名(
		その他の障害( 有 無 ) 障害名( )
現在の状況	日常生活	1 ADL(自立 見守り等 一部介助 全介助)         2 日常生活能力         ○日常会話(可限定範囲ごく簡単な会話単純意思表示)         ○読み書き(短文 平かな 氏名 困難)         ○数理解(釣銭計算 1 桁計算 3 までの理解 困難)         ○集団活動参加(可指示により可指示参加不充分 困難)         ○移動(単独可限定範囲乗物利用可慣れた範囲家周辺に限定)         3 行動障害         (         4 治療・看護         (         5 その他特記事項         (         )
総	合 判 定	軽度 中度 重度 最重度
将列	<b>ド再判定の要</b>	有( 年 月) 無
備	考	

年 月 日付けの依頼については、上記のとおり判定したので送付します。

年 月 日

島根県中央児童相談所長島根県立心と体の相談センター所長

(あて先)松江市長

様式第16号(第3条関係)

## 福祉医療費助成認定判定書(知的障害者(児)用)

Š	りがな	
氏	名	生年月日   年 月 日生   男 女
保	護者名	住所
	知能検査結果 合併障害	知能指数又は発達指数(IQ DQ ) 検査名( )検査年月日( ) 身体障害(有無)総合等級(種級) 障害名( ) 精神障害(有無)総合等級(種級) その他の障害(有無)
坩		障害名( )
現在の状況	日常生活	1 ADL(自立 見守り等 一部介助 全介助 ) 2 日常生活能力 ○日常会話(可限定範囲ごく簡単な会話単純意思表示) ○読み書き(短文 平かな 氏名 困難 ) ○数理解(釣銭計算 1 桁計算 3 までの理解 困難 ) ○集団活動参加(可指示により可指示参加不充分 困難 ) ○移動(単独可限定範囲乗物利用可慣れた範囲家周辺に限定) 3 行動障害 ( ) 4 治療・看護 ( ) 5 その他特記事項 ( )
総	合 判 定	軽度 中度 重度 最重度
将列	<b>ド再判定の要</b>	有(年月)無
備	考	

年 月 日付けの依頼については、上記のとおり判定したので送付します。

年 月 日

島根県中央児童相談所長島根県立心と体の相談センター所長

(あて先)松江市長

(松江市子ども医療費助成条例施行規則の一部改正)

第2条 松江市子ども医療費助成条例施行規則(平成17年松江市規則第108号)の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に 掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前
様式第3号(第4条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第3号(第4条関係) <b>別紙のとおり</b>
様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) 別	様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別</u>
紙のとおり	紙のとおり
様式第5号(第4条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第5号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第 13 号(第 9 条関係) <b>別紙のとおり</b>	様式第 13 号(第 9 条関係) <b>別紙のとおり</b>

# 子ども医療費受給資格証交付申請書

		2 名					生年月日				住 所					
<b>→</b>																
子ど									•	•						
ŧ	/m r st H		<u> </u>	! !			 :		1 1 1	<u>!</u> !						
	個人番号	i ! !			<u> </u>		i ! !	i ! !								
受													電話	番号		
給資									•	•						
格格		;	:	1	;	1	1 1		1	I I		7.13 4.0				
者	個人番号		! ! ! ! !		 	 			 	 		子どもとの 続柄				
	初	皮保に	ッ 険者氏	名				生	年	月日			住	所		
加									•	•						
入一	個人番号		1 1 1			1	<u> </u>		! !	1 1 1		子どもとの				
医	四八笛々	!	; ;		į	<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>		続柄				
療保	記号・番号	(記	2号)				(番号	<del>-</del> )				保険種別				
険	保険者名称											保険者番号				
	所在地											附加給付	有	(	) •	無
		1	出生									4 措置の解	除のた	め		
	格証交付	2 3					入した	= += )	<b>み</b>			5 その他 (			)	
月	ま 請事由		(事由多						<del>)</del> 年			•			)	
<del> </del>	 公江市により貝				•				-	· <u></u>			承養學▽	け真姫	i介誰/	
	を費に該当した を費に該当した														(八 吃 )	コ 弁 /原
	上記のとおり	0、	子ども	医	療費	受	給資材	各証	の交	で付:	を申	目請します。				
	年 月 日															
					JL →-		住	所								
					申請	有	氏	名								
							- 4	ď				(子ども	っとの続	柄		)
	(あて先) 村次女気乗り															
	資格証番号		備考													

# 子ども医療費受給資格証交付申請書

	氏 <sup>°</sup>	"名		性別	生	E年	月日			住	所	
子				男・女		•	•					
ど												
₽	個人番号											
受										電話番	等号	
給資				男・女								
格者	個人番号								子どもとの 続柄			
	初	アリッガ ダス保険者氏	2名		生	E年	月日			住	所	
加					-	•	•					
入医	個人番号		1 1 1 1 1 1						子どもとの 続柄			
療保	記号・番号	(記号)		(番号	号)				保険種別			
険	保険者名称								保険者番号			
	所在地								附加給付	有(		)・無
	格 証 交 付 <sup>3</sup> 請 事 由		した		たた	め			4 措置の解 5 その他 (	除のため	)	
		(事由	発生年	三月日		年		J	月 日)			
	公江市により即 養費に該当した											<b></b>
	上記のとおり	)、子ども	医療	費受給資	格証	の交	で付る	を申	請します。			
	年	月	目由	住 請者	所							
			,		名							
	(あて先)ホ	公江市長							(子ども	との続杯	5	)
	資格証番号	備考										

## 子ども医療費助成台帳

資	格言	正番	号												
受 資 <sup>格</sup>	給 各者	氏	名	(	•	変更)		生年月日		•	住所	(	変更)	子 も の 続 柄	
					フ	リガナ								電	話
子と	ごも	氏	名	(	•	変更)		生年月日		•	住所	(	変更)		
	被	保険	者				子ども			年月	日	有 効	期間	申請	事由
	氏		名				との続材	j	(再交 付)資格			· ~ .			
	住		所						証交付			· ~ .			
加	工	,	ולו			( .	. 3	(更)	附加	有・	無				
入医	<i>I</i> □	17人1壬	<b>11</b> 1		記号				給付の 有 無	有・	無	内 容	( .	. 変	更)
療保	保	険種.	万门		番号	( .	. 3	変更)			ļ	· 期	間	控隊	余額
険	保	険者	名			( .	. 3	5更)	控除額 の特例	自					
										至					
	所	在	地						備考						

## 子ども医療費助成台帳

資	格証番号												
受資格	給 氏 名 8者	( .		変更)	男・女	生年月日			住所	(	変更)	子 と め 続 柄	
		フ	リガラ	<del>}-</del>	男・女	生						電言	話
子と	だも 氏 名	( .	•	変更)		生年月日		•	住所	(	変更)		
	被保険者				子ども		( <del></del>	年月	日	有 効	期間	申請事	車
	氏 名				との続柄		(再交付)資格			· · · · · ·			
	住 所						証交付		• •	· ~ .			
加	住 所			( .	. 変	更)	附加	有•	無				
入医	但於廷則		記号•				給付の有 無	有・	無	内 容	( .	. 変更	( <u>m</u>
療保	保険種別		番号	( .	. 変	更)			ţ	期	間	控除物	額
険							控除額 の特例	自					
	保険者名			( .	. 変	更)		至				l	
	所 在 地						備考						

(表面)

	松江市子ども	医療費受給資格証	
公費負担者番号			
番号			
受給資格者	氏名		
	住所		
子ども	氏名		
	生年月日		
	住所		
加入医療保険	被保険者氏名		
	記号・番号		
	保険者名称		
本人	人負担		
受約	給期間	自	
		至	
			松江市長印

## 注意事項

- 1 この証は、松江市子ども医療費助成条例により、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 この証は、保険診療のみに適用されます。診療を受けるときは、医療機関等の窓口に提示してください。また、他の医療証をお持ちの場合は、全ての医療証を提示してください。
- 3 医療機関等で保険診療を受けられた際に、子ども医療費助成の適用を受けられなかった場合は、2年以内に手続をされれば公費で負担すべき額を還付します。
- 4 氏名、住所、加入医療保険に変更のあったときは、14 日以内に、この証を添えて市長にその旨届け出てください。
- 5 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。
- 6 この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により拘禁刑の処分を受けることがあります。

## (表面)

	松江市子ども	医療費受給資格証			
公費負担者番号					
番号					
受給資格者	氏名				
	住所				
子ども	氏名				
	生年月日				
	住所				
加入医療保険	被保険者氏名				
	記号・番号				
	保険者名称				
本人			0 円		
受約	合期間	自			
		至			
				松江市長	印

### 注意事項

- 1 この証は、松江市子ども医療費助成条例により、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 この証は、保険診療のみに適用されます。診療を受けるときは、医療機関等の窓口に提示してください。また、他の医療証をお持ちの場合は、全ての医療証を提示してください。
- 3 医療機関等で保険診療を受けられた際に、子ども医療費助成の適用を受けられなかった場合は、2年以内に手続をされれば公費で負担すべき額を還付します。
- 4 氏名、住所、加入医療保険に変更のあったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨届け出てください。
- 5 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。
- 6 この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により拘禁刑の処分を受けることがあります。

_															
							子ど	も医療	<b>寮費助</b> 成	文事由(初	按害)届				
受資	格	給者	資	格	証	番	号					生	年	月	日
			氏				名						•		•
子	ど	₽	氏				名					生	年	月	日
			住				所						•		•
被争	害を	与	えた	.者	氏		名								
	(第	有三 <sup>5</sup>	者)		住		所								
医	療	機	関	名											
診	療	開	始	日			年	月	日	診療見	見込期間	•			•
被害の状況															
上記のとおり、第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。 年 月 日															
住 所 届出人 氏 名 (子どもと								もとの続	柄	)					
	( <i>\$</i>	ってか	<b>売)</b> 松	:江市	長										

### 様式第13号(第9条関係)

	·>1 <b>v</b> -	- •	(> •	1 - 1	71 NV									
子ども医療費助成事由(被害)届														
受資	格	給者	資	格	証	番	号				生	年	月	日
			氏				名			男・女		•		•
ユ.	ど	ŧ	氏				名				生	年	月	日
丁			住				所					•		•
被	害を	: 与	えた	: 者	氏		名							
	(第	有三 <sup>5</sup>	者)		住		所							
医	療	機	関	名										
診	療	開	始	日			年	月	日	診療見込期間	•			•
被害の状況														
上記のとおり、第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。 年 月 日														
									住 所 届出人 氏 名 (子どもと			柄	)	
	( <i>b</i>	ってタ	<b>先)</b> 松	:江市	ī長									

附則

(施行期日)

1 この規則は、令和7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存する第2条の規定による改正前の松江市子ども医療費助成条例 施行規則様式第5号による用紙は、当分の間、これを使用することができる。