

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

様式第2号（その1）（第3条関係）

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

受給者番号																				
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。																				
記																				
受給者	フリガナ氏名					個人番号														
	住 所											生年月日								
	障害の状況	手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
		手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
世帯の状況	氏名	生 年 月 日		受給者との続柄	個人番号										備考					
加入医療保険	被保険者名	受給者との続柄		住 所																
	保 険 種 別	記号・番号																		
	附 加 給 付	支 給 基 準																		
申 請 事 由 発 生 年 月 日		申 請 事 由																		
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	日

受 給 者 番 号		申 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） (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・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。 記								
受 給 者	フリガナ 氏 名			生年月日				
	個人番号				区分		電話番号	
	住 所							
世 帯 の 状 況	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		
	個 人 番 号							
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 名	受 給 者 との続柄		住所				
	保 険 種 別			記 号 ・ 番 号				
	附 加 給 付			支 給 基 準				
備考								

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

受 給 者 番 号																				
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。																				
記																				
受 給 者	フリガナ 氏 名				性別		個人番号													
	住 所											生年月日								
	障害の状況	手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
		手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
世 帯 の 状 況	氏名	性 別	生 年 月 日		受給者との続柄	個人番号										備考				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 名	受給者との続柄			住 所															
	保 険 種 別	記号・番号																		
	附 加 給 付	支 給 基 準																		
申 請 事 由 発 生 年 月 日		申 請 事 由																		
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	日

受給者番号				申請事由						
福祉医療費医療証（資格証）交付・変更申請書（ひとり親用）										
(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・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。										
記										
受給者	フリガナ氏名					性別		生年月日		
	個人番号						区分		電話番号	
	住所									
世帯の状況	氏名		性別		生年月日		受給者の続柄	ひとり親医療の該当非該当の別区分	備考	
	個人番号									

加入医療保険	被保険者名			受給者の続柄		住所		
	保険種別				記号・番号			
	附加給付				支給基準			
備考								

<改正後>

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)

ふりがな 氏名		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() 発行年月日(年 月 日) 等級()級 障害名() 2 精神障害者保健福祉手帳 有 番号() 発行年月日(年 月 日) 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

<改正前>

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)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		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() 発行年月日(年 月 日) 等級()級 障害名() 2 精神障害者保健福祉手帳 有 番号() 発行年月日(年 月 日) 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 4 号(第 3 条関係)

(表)

福 祉 医 療 費 医 療 証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
助 成 対 象 者	居 住 地							
	氏 名							
	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 月 日 年 月 日			
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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、内科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ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。	

<改正前>

様式第 4 号(第 3 条関係)

(表)

福 福祉医療費医療証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								/
助 成 対 象 者	居 住 地							
	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		年 月 日				
		至		年 月 日				
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。

様式第 5 号(第 3 条関係)

(表)

福 老		福祉医療費資格証						
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
資 格 者	居 住 地							
	氏 名							
	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 月 日 年 月 日			
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。	

<改正前>

様式第 5 号(第 3 条関係)

(表)

福 老 福祉医療費資格証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
資 格 者	居 住 地							
	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		年 月 日				
		至		年 月 日				
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。	

様式第6号の2（その1）（第4条関係）

受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
資格取得日	年 月 日

		受 給 者 番 号		
福祉医療費医療証（資格証）更新申請書				
(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。				
記				
受 給 者	フリガナ		住 所	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	障害の状況		程 度	
保 護 者	氏 名	受 給 者 との続柄		
	住 所	電 話		
	生年月日	職 業		
加 入 医 療 保 険	被保険者名		受 給 者 との続柄	住所
	保険種別	記号・番号		
	名 称	所 在 地 電 話		
	附加給付	支 給 基 準		
申 請 事 由 発 生 年 月 日		申 請 事 由		
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	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					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											
受給者証番号				交付日				申請理由			
受給者	氏名				区分	生年月日					
						電話番号					
	住所										
	方書										
世帯の状況	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		
加入医療保険	被保険者名					保険種別				扶養区分	
	名称					附加給付					
	記号・番号					電話番号					
	所在地										
備考											

様式第6号の2（その1）（第4条関係）

受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
資格取得日	年 月 日

		受 給 者 番 号	
--	--	-----------	--

福祉医療費医療証（資格証）更新申請書

(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。

記

受給者	フリガナ		性別	住 所	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄		
	障害の状況			程 度	

保護者	氏 名		受 給 者 との続柄	
	住 所		電 話	
	生年月日		職 業	

加入医療保険	被保険者名		受 給 者 との続柄		住所	
	保険種別		記号・番号			
	名 称		所 在 地 電 話			
	附加給付		支 給 基 準			

申請事由発生 年 月 日		申請事由	
-----------------	--	------	--

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	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					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											
受給者証番号				交付日				申請理由			
受給者	氏名				性別		生年月日				
					区分		電話番号				
	住所										
	方書										
世帯の状況	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
加入医療保険	被保険者名						保険種別			扶養区分	
	名称						附加給付				
	記号・番号						電話番号				
	所在地										
備考											

<改正後>

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				
助 成 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		医療証(資格証)の受給者番号
		・		
居 住 地				
被 保 険 者		加入 医療 保険	保 険 者 名	
(組 合 員) 名			記号・番号	
福祉医療費医療証(資格証)を破損したのでお届けします。 亡失 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				

<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				
助 成 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		医療証(資格証)の受給者番号
	男 女	・ ・		
居 住 地				
被 保 険 者		加入 医療 保険	保 険 者 名	
(組 合 員) 名			記 号 ・ 番 号	
福祉医療費医療証(資格証)を破損したのでお届けします。 亡失 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				

＜改正後＞

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			生年月日	年 月 日生
氏 名				
保 護 者 名			住 所	
現 在 の 状 況	知 能 検 査 結 果	知能指数又は発達指数(IQ DQ) 検査名()検査年月日()		
	合 併 障 害	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) 障害名()		
	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		
将来再判定の要		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

<改正前>

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		生年月日	年 月 日生
氏名	男 女		
保護者名		住 所	
現在の状況	知能検査結果	知能指数又は発達指数(IQ DQ) 検査名()検査年月日()	
	合併障害	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) 障害名()	
		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 ()	
日常生活			
総合判定	軽度 中度 重度 最重度		
将来再判定の要	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) <u>別紙のとおり</u>	様式第3号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第5号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>	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) <u>別紙のとおり</u>	様式第13号(第9条関係) <u>別紙のとおり</u>

	フリガナ 氏 名				生年月日		住 所	
子 ど も					・			
	個人番号							
受 給 資 格 者					・		電話番号	
	個人番号						子どもとの 続柄	
加 入 医 療 保 険	フリガナ 被保険者氏名				生年月日		住 所	
					・			
	個人番号						子どもとの 続柄	
	記号・番号	(記号)		(番号)		保険種別		
	保険者名称						保険者番号	
	所在地						附加給付	有 () ・ 無
資 格 証 交 付 申 請 事 由	1 出生したため 2 転入したため 3 医療保険に加入したため					4 措置の解除のため 5 その他 ()		
	(事由発生年月日 年 月 日)							
□松江市により助成を受けた医療費について、社会保険各法の高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合に市から返還請求があったときは速やかに市に返還します。								
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。								
年 月 日								
住 所								
申請者								
氏 名								
(子どもとの続柄)								
(あて先) 松江市長								
資格証番号		備考						

	フリガナ 氏 名				性別	生年月日	住 所	
子 ど も					男・女	・	・	
	個人番号							
受 給 資 格 者					男・女	・	・	電話番号
	個人番号							子どもとの 続柄
加 入 医 療 保 険	フリガナ 被保険者氏名					生年月日	住 所	
						・	・	
	個人番号					子どもとの 続柄		
	記号・番号		(記号)	(番号)		保険種別		
	保険者名称						保険者番号	
	所在地						附加給付	有 () ・ 無
資 格 証 交 付 申 請 事 由		1 出生したため				4 措置の解除のため		
		2 転入したため				5 その他		
		3 医療保険に加入したため				()		
		(事由発生年月日 年 月 日)						
□松江市により助成を受けた医療費について、社会保険各法の高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合に市から返還請求があったときは速やかに市に返還します。								
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。								
年 月 日								
住 所								
申請者								
氏 名								
(子どもとの続柄)								
(あて先) 松江市長								
資格証番号		備考						

＜改正後＞

様式第 4 号の 3(第 4 条、第 4 条の 2 関係)

子ども医療費助成台帳

資 格 証 番 号													
受 給 資格者	氏 名				生 年 月 日	・ ・ ・	住 所				子 ど も と の 続 柄		
		(. . 変更)						(. . 変更)					
子 ど も	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	・ ・ ・	住 所				電 話		
		(. . 変更)						(. . 変更)					
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名				子 ど も と の 続 柄	(再交 付)資格 証交付	年 月 日	有 効 期 間		申 請 事 由			
							...	・ ・ ～ ・ ・					
				...	・ ・ ～ ・ ・								
	住 所					附 加 給付の 有 無	有・無	内 容	(. . 変更)				
		(. . 変更)					有・無						
	保 険 種 別	記 号 ・ 番 号				控除額 の特例	期 間			控除額			
				(. . 変更)			自 ・ ・ 至 ・ ・						
	保 険 者 名					備 考							
		(. . 変更)											
	所 在 地												

＜改正前＞

様式第４号の３(第４条、第４条の２関係)

子ども医療費助成台帳

資 格 証 番 号											
受 給 資格者	氏 名	(. . 変更)		男・女	生 年 月 日	. . .	住 所	(. . 変更)		子 ど も と の 続 柄	
子 ども	氏 名	フリガナ		男・女	生 年 月 日	. . .	住 所			電 話	
		(. . 変更)						(. . 変更)			
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名			子 ども と の 続 柄		(再交 付)資格 証交付	年月日	有 効 期 間		申請事由	
							...	. . ~ . .			
	住 所				(. . 変更)		...	. . ~ . .			
						附 加 給付の 有 無		有・無	内 容		
	保険種別		記号・ 番号		(. . 変更)			有・無			(. . 変更)
	保険者名				控除額 の特例	期 間		控除額			
		(. . 変更)				自 . . 至 . .					
	所 在 地				備 考						

<改正後>

様式第 5 号(第 4 条関係)

(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	
本人負担		
受給期間		自 至
松江市長 印		

＜改正後＞

（裏面）

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。

<改正前>

様式第 5 号(第 4 条関係)

(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		
本人負担		0 円	
受給期間		自 至	
松江市長 印			

＜改正前＞

（裏面）

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。

<改正後>

様式第 13 号(第 9 条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届				
受給 資格者	資格証番号		生 年 月 日	
	氏 名		・ ・	
子 ども	氏 名		生 年 月 日	
	住 所		・ ・	
被害を与えた者 (第三者)		氏 名		
		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 (子どもとの続柄) (あて先)松江市長				

<改正前>

様式第 13 号(第 9 条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届				
受給 資格者	資格証番号		生 年 月 日	
	氏 名		男・女 ・	
子 ども	氏 名		生 年 月 日	
	住 所		・	
被害を与えた者 (第三者)		氏 名		
		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				
(子どもとの続柄)				
(あて先)松江市長				

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。