

松江市福祉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（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、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削り、改正後欄に掲げる規定で改正前欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを加える。

改正後	改正前
<u>（所得の範囲及び額の計算方法</u> <u>）</u> 第 10 条 条例別表第 1 第 2 号に規定する前年の所得の範囲<u>及び額の計算方法</u>については、<u>特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和 39 年法律第 134 号）第 3 章の 2 に規定する特別障害者手当の例による。</u>	<u>（福祉医療費助成の支給を制限する場合の所得の範囲）</u> 第 10 条 条例別表第 1 第 2 号に規定する前年の所得の範囲<u>については、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和 50 年政令第 207 号。次項第 2 号において「政令」という。）第 11 条の規定を準用する。</u> 2 <u>前項の場合において、次の各号に掲げる者</u> <u>にあつては、当該各号に定める額を前年の所得から控除するものとする。</u> (1) <u>租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 33 条の 4 第 1 項若しくは第 2 項、第 34 条第 1 項、第 34 条の 2 第 1 項、第 34 条の 3 第 1 項、第 35 条第 1 項、第 35 条の 2 第 1 項、第 35 条の 3 第 1 項又は第 36 条の規定の適用を受ける者</u> <u>これらの規定の適用により同法第 31 条第 1 項に規定する長期譲渡所得の金額又は第 32 条第 1 項に規定する短期譲渡所得の金額から控除する額</u> (2) <u>前年度分の都道府県民税につき、地方税法第 34 条第 1 項第 8 号に規定する控除を受けた者</u> <u>政令第 5 条第 2 項第 3 号</u>

別表第 2(第 3 条、第 4 条関係)

条例第 2 条第 1 項第 7 号に定めるもの

対象となる要件の区分	提示書類	添付書類
略		
⑧ 婚姻によらないで母(父)となった	同上	所得制限対象者の課税証明書 戸籍謄本 未婚の母(父)子についての確認願(様式第 23 号)
略		

備考 略

様式第 19 号 別紙のとおり

様式第 20 号 別紙のとおり

様式第 21 号 別紙のとおり

様式第 22 号 別紙のとおり

様式第 23 号 別紙のとおり

に定める額

(3) 前年度分の都道府県民税につき、地方税法第 34 条第 1 項第 8 号の 2 に規定する控除を受けた者 政令第 5 条第 2 項第 4 号に定める額

別表第 2(第 3 条、第 4 条関係)

条例第 2 条第 1 項第 7 号に定めるもの

対象となる要件の区分	提示書類	添付書類
略		
⑧ 婚姻によらないで母(父)となった	同上	所得制限対象者の課税証明書 戸籍謄本 未婚の母(父)子についての確認願_____
略		

備考 略

様式第 19 号 別紙のとおり

様式第 20 号 別紙のとおり

様式第 21 号 別紙のとおり

様式第 22 号 別紙のとおり

様式第 19 号(第 3 条関係)

事実婚解消についての確認願

年 月 日 確認者 ☐民生・児童委員 ☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他 () 様	
申立人 住所 氏名 福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり事実婚(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情をいう。以下同じ。)を解消したことを確認願います。 記	
児童の父又は母の氏名及び生年月日	年 月 日生
事実婚を解消した年月日	年 月 日
事実婚を解消した当時の状況及びその後の経過	
確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 確認者 ☐民生・児童委員 ☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他 () 氏 名 申立人 様

1 この願は、事実婚の解消を理由として福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行う場合に添付してください。

2 「児童の父又は母の氏名及び生年月日」の欄には、申立人が児童の母の場合は児童の父について、申立人が児童の父の場合は児童の母について記入してください。

※確認者による証明書を別途添付する場合は、確認欄の記載は不要です。

様式第 19 号(第 3 条関係)

事実婚解消についての確認願

年 月 日 民生児童委員 様 申立人 住所 氏名 福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり事実婚(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情をいう。以下同じ。)を解消したことを確認願います。 記	
児 童 の 父 又 は 母 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	年 月 日 生
事 実 婚 を 解 消 し た 年 月 日	年 月 日
事実婚を解消した 当時の状況及び その後の経過	
民生 児童 委員 確認 欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員 氏名 申立人 様

- この願は、事実婚の解消を理由として福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行う場合に添付してください。
- 「児童の父又は母の氏名及び生年月日」の欄には、申立人が児童の母の場合は児童の父について、申立人が児童の父の場合は児童の母について記入してください。

様式第 20 号(第 3 条関係)

配偶者が 1 年以上生死不明であることの確認願

年 月 日	
確認者 ☐ 民生・児童委員 ☐ 松江市長 ☐ 松江市福祉事務所長 ☐ その他 ()	
様	
申立人 住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。	
記	
配偶者の氏名及び生年月日	年 月 日生
生死不明になっている期間	年 月 日から引き続き現在まで
生死不明になった当時の住所	
生死不明になった 当 時 の 状 況	
そ の 後 の 経 過	
そ の 他 参 考 事 項	
確 認 欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 確認者 ☐ 民生・児童委員 ☐ 松江市長 ☐ 松江市福祉事務所長 ☐ その他 () 氏 名 申立人 様

- 1 この願は、対象者の配偶者の生死が 1 年以上明らかでないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。
- 2 沈没した船舶に乗っていた場合、その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去った後 3 箇月以上配偶者の生死が明らかでないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合には、この書類に代えて警察署、その他の官公署、関係会社等の証明を添付してください。

※確認者による証明書を別途添付する場合は、確認欄の記載は不要です。

様式第 20 号(第 3 条関係)

配偶者が1年以上生死不明であることの確認願

年 月 日	
民生児童委員 様	
申立人 住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。 記	
配偶者の氏名及び生年月日	年 月 日生
生死不明になっている期間	年 月 日から引き続き現在まで
生死不明になった当時の住所	
生死不明になった 当 時 の 状 況	
そ の 後 の 経 過	
そ の 他 参 考 事 項	
民生児童委員 確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員 氏名 申立人 様

- 1 この願は、対象者の配偶者の生死が1年以上明らかでないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。
- 2 沈没した船舶に乗っていた場合、その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去った後3箇月以上配偶者の生死が明らかでないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合には、この書類に代えて警察署、その他の官公署、関係会社等の証明を添付してください。

様式第 21 号(第 3 条関係)

配偶者が引き続き1年以上対象者を遺棄していることの確認願

年

月

日

確認者

☐民生・児童委員

☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他（）

様

申立人

住所

氏名

福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。

記

配偶者の氏名 及び生年月日	年　月　日生
遺棄されている期間	年　月　日から引き続き現在まで
遺棄された当時の住所	
遺棄された 当時の状況	
その後の経過	
その他参考事項	

確認欄

年

月

日

上記の申立てが事実であることを確認します。

確認者

☐民生・児童委員

☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他（）

氏名

申立人

様

この願は、配偶者が対象者を引き続き1年以上遺棄していることにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。

※確認者による証明書を別途添付する場合は、確認欄の記載は不要です。

様式第 21 号(第 3 条関係)

配偶者が引き続き1年以上対象者を遺棄している
ことの確認願

民生児童委員 様		年 月 日
申立人 住所 氏名		
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。		
記		
配偶者の氏名 及び生年月日	年 月 日生	
遺棄されている期間	年 月 日から引き続き現在まで	
遺棄された当時の住所		
遺棄された 当時の状況		
その後の経過		
その他参考事項		
民生児童委員 確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員 氏名 申立人 様	

この願は、配偶者が対象者を引き続き1年以上遺棄していることにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。

<改正後>

様式第 22 号(第 3 条関係)

配偶者が海外にあるためその扶養を受けられない
ことの確認願

年 月 日	
確認者 ☐ 民生・児童委員 ☐ 松江市長 ☐ 松江市福祉事務所長 ☐ その他 () 様	
申立人 住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができないことを確認願います。 記	
配偶者の氏名 及び生年月日	年 月 日生
扶養を受けられなくなった年月日	年 月 日
扶養を受けることのできない理由	
確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 確認者 ☐ 民生・児童委員 ☐ 松江市長 ☐ 松江市福祉事務所長 ☐ その他 () 氏 名 申立人 様

この願は、福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする児童及び当該児童を養育する者が、当該養育をする者の配偶者が海外にあるため、その扶養を受けることができないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。

※確認者による証明書を別途添付する場合は、確認欄の記載は不要です。

様式第 22 号(第 3 条関係)

配偶者が海外にあるためその扶養を受けられない
ことの確認願

年 月 日	
民生児童委員 様	
申立人 住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができないことを確認願います。 記	
配偶者の氏名 及び生年月日	年 月 日生
扶養を受けられなくなった年月日	年 月 日
扶養を受けることのできない理由	
民生児童委員確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員 氏 名 申立人 様

この願は、福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする児童及び当該児童を養育する者が、当該養育をする者の配偶者が海外にあるため、その扶養を受けることができないことにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。

年 月 日

☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他（ ）

様

氏 名

記

年 月 日生

及び生年月日

1 あり (月 万円程度) 2 なし

1 定期的な訪問がある (月 回) 2 なし

その他参考事項

年 月 日

☐松江市長 ☐松江市福祉事務所長 ☐その他（ ）

氏 名

申立人

様

※確認者による証明書を別途添付する場合は、確認欄の記載は不要です。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の松江市福祉医療費助成条例施行規則様式第 19 号から様式第 22 号までによる用紙で、現に残存するものは、この規則の規定にかかわらず、当分の間、これを取り繕って使用することができる。