

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和3年6月28日

浦安市長 内 田 悦 嗣

浦安市告示第127号

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成要綱の一部を改正する告示

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成要綱（昭和55年告示第42号）の一部を次のように改正する。

第1条の見出しを「（目的）」に改め、同条中「の助成に関し必要な事項を定めるもの」を「に要する費用に対し、当該費用の全部又は一部を助成することにより、ひとり親家庭等の福祉の増進を図ることを目的」に改める。

第2条各号列記以外の部分中「記録されている者」の次に「（ただし、市長がやむを得ない理由があると認める場合は、この限りでない。）」を加え、同条第1号中「をいう」を「（以下「障がいのある児童」という。）をいう」に改める。

第3条第1項第6号前段中「除く。次号」の次に「及び第3項」を加え、「前年」を「前々年」に、「10月31日」を「3月31日」に、「前々年」を「3年前」に改め、「所得。次号」の次に「及び次項」を加え、同項第7号中「前年」を「前々年」に改め、同条第2項中「前年における当該被災者」を「当該被災者の前々年」に、「前項第4号及び第5号」を「前項第6号及び第7号」に改め、同条に次の1項を加える。

3 第1項第6号に該当する者のうち、11月1日から12月31日までの間に保険診療又は保険調剤を受けた対象者にあつては前年の所得が、1月1日から3月31日までの間に保険診療又は保険調剤を受けた対象者にあつては前々年の所得が、その者の扶養親族等及び当該対象者の扶養親族等でない児童で当該対象者が前年の12月31日において生計を維持したものの有無及び数に応じて別表第2（父及び母が死亡した（生死不明の場合を含む。）児童を養育する対象者にあつては、別表第3）で定める額以下である場合には、対象者の申出により、同号の規定は、適用しないことができる。

第4条第2号を次のように改める。

(2) 入院1日又は通院1回につき300円を控除した額（ただし、市町村民税の所得割が非課税である世帯にあつては、0円）

第5条の見出しを「（対象者の資格認定）」に改め、同条各号列記以外の部分中「浦安市ひとり親家庭等医療費等助成申請書」を「浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格認定申請書」に改め、同条第3号中「別表第1」を「対象者全員の別表第1」に改め、同条中第6号及び第7号を削り、第8号を第6号とし、同条に次の2項を加える。

2 市長は、前項の規定による申請があつた場合に、第2条に規定する対象者に該当し、又は該当しないと認めるときは、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格認定・却下通知書（別記第3号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定による認定の通知を受けた者（以下「認定者」という。）が第3条第1項第6号又は第7号に該当すると認めるときは、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成適用除外通知書（別記第4号様式）により、当該認定者に通知するものとする。第9条に規定する現況届を提出した場合も、同様とする。

第10条に次の2項を加える。

2 市長は、前項の規定による助成金の返還がされないときは、第6条第1項の規定による受給券の交付（第7条第2項の規定により受給券を更新する場合を含む。）をしないことができる。

3 市長は、偽りその他不正の行為によつて、この要綱による助成を受けた者があるときは、その支払われた助成金は、その後支払うべき助成金の内払とみなすことができる。

第10条を第17条とする。

第9条中「助成の決定を受けた者は、助成金」を「この要綱による医療費等の助成」に改め、同条を第16条とする。

第8条の見出し中「決定等」を「医療給付金の決定等」に改め、同条中「第5条」を「第12条第2項」に、「浦安市ひとり親家庭等医療費等助成決定・却下通知書（別記第4号様式）」を「浦安市ひとり親家庭等医療費等助成医療給付金交付決定・却下通知書（別記第13号様式）」に改め、同条を第15条とする。

第7条の見出しを「（医療給付金の申請期間）」に改め、同条本文中「第5条」を「第12条第2項」に改め、同条を第14条とする。

第6条本文中「前条第6号」を「受給券交付者が、前条第3項第2号」に、「助成金」を「医療給付金」に改め、同条を第13条とし、第5条の次に次の7条を加える。

(受給券の交付)

第6条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該認定者及びその児童に対し、速やかに浦安市ひとり親家庭等医療費等助成受給券（別記第5号様式）を交付するものとする。

- (1) 前条第2項の認定をしたとき（前条第3項の規定による通知を受けた場合を除く。）。
- (2) 前条第3項の規定による通知を受けた認定者で、第9条に規定する現況届の提出により第3条第1項第6号又は第7号に該当しなくなつたとき。

2 前項の規定にかかわらず、15歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある者には、受給券を交付しない。

(受給券の有効期間)

第7条 前条に規定する受給券の有効期間は、申請の日の属する月の翌月の初日から当該日以後の最初の3月31日までとする。ただし、障がいのある児童のうち申請の日の属する年度中に20歳に達する児童及びその児童を扶養している者にあつては、申請の日の属する月の翌月の初日から当該児童が20歳に達する日の前日までとする。

2 前項本文の期間満了後、引き続き第2条に規定する対象者に該当すると認めるときは、受給券を更新するものとし、その場合の有効期間は、4月1日から翌年の3月31日までとする。ただし、障がいのある児童のうち4月1日から翌年の3月31日までに20歳に達する児童及びその児童を扶養している者にあつては、4月1日から当該児童が20歳に達する日の前日までとする。

(受給券の再交付)

第8条 第6条第1項の規定により受給券の交付を受けた者（以下「受給券交付者」という。）は、受給券を紛失し、毀損し、又は汚損したときは、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書（別記第6号様式）により市長に再交付の申請をすることができる。

2 前項の場合において、その原因が毀損又は汚損によるときは、当該受給券を添付しなければならない。

3 第1項の場合において、第5条の規定により申請した事項に変更がない場合は、市長は、第1項に規定する申請書の提出を省略させることができる。

(現況届)

第9条 認定者は、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成現況届（別記第7号様式）に次に掲げる書類を添えて、毎年8月1日から11月30日までの間に市長に提出しなければならない。ただし、市長が当該書類に係る事実について確認することができるときは、当該書類の添付は要しない。

(1) 対象者全員の別表第1に掲げる社会保険各法の規定による被保険者証又は組合員証

(2) 対象者及びその扶養義務者の所得額を証する書類

(3) その他市長が必要と認める書類

2 児童扶養手当法施行規則（昭和36年厚生省令第51号）第4条に規定する届出をした場合は、前項の規定による届出があつたものとみなす。

(申請事項の変更の届出)

第10条 認定者は、第5条の認定に係る事実について変更が生じた場合は、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成変更届（別記第8号様式）を市長に提出しなければならない。

2 前項の場合において、受給券交付者は、当該受給券を添付しなければならない。

(助成資格消滅の通知)

第11条 認定者は、第2条の対象者でなくなつたとき、又は第3条（同条第6号又は第7号に該当する場合を除く。）の適用除外に該当することとなつたときは、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格喪失届（別記第9号様式）を、速やかに市長に提出しなければならない。

2 前項の場合において、受給券交付者は、当該受給券を添付しなければならない。

3 市長は、当該認定者の助成資格を喪失したと認めるときは、浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格消滅通知書（別記第10号様式）により当該認定者

に通知するものとする。

- 4 前2項の規定にかかわらず、認定者が死亡したとき、又は児童でなくなつたときは、この限りでない。

(助成の方法等)

第12条 医療費の助成は、受給券交付者が、病院、診療所又は薬局その他のもの（以下「病院等」という。）に当該受給券を提示して、当該受給券交付者が医療を受けた場合に、当該病院等からの請求に基づき、助成すべき額を当該受給券交付者に代わり当該病院等に支払うことにより行うものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、受給券交付者が、助成の対象となる医療に対し、病院等で医療費を支払った場合の助成については、当該受給券交付者の申請により助成を決定し、当該受給券交付者に医療給付金を支払うことにより行うものとする。

- 3 前項に規定する申請は、浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金交付申請書（別記第11号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。

- (1) 対象者全員の別表第1に掲げる社会保険各法の規定による被保険者証又は組合員証
- (2) 浦安市ひとり親家庭等医療費等に係る医療機関等証明書（別記第12号様式）又は病院等で発行された領収書等の書類であつて負担した医療費等の額のうち内訳を明らかにするもの
- (3) 社会保険各法の規定による高額療養費の支給又は付加給付があるときは、その旨を証する書類

別表第1中「第5条第2号・第9条第2号」を「・第5条第1項第3号・第9条第1項第1号・第12条第3項第1号」に改める。

別表第2中「第3条第1項第6号」の次に「・第3条第3項」を加え、「2,342,000円」を「1,920,000円」に改める。

別表第3中「第3条第1項第6号」の次に「・第3条第3項」を加え、同表0人の項金額の欄中「6,216,000円」を「2,360,000円」に改め、同表1人の項金額の欄中「6,465,000円」を「2,740,000円」に改め、同表2人以上の項金額の欄中「6,465,000円」を「2,740,000円」に、「213,000円」を「380,000円」

に改める。

別表第4の0人の項金額の欄中「6,216,000円」を「2,360,000円」に改め、同表1人の項金額の欄中「6,465,000円」を「2,740,000円」に改め、同表2人以上の項金額の欄中「6,465,000円」を「2,740,000円」に、「213,000円」を「380,000円」に改める。

別記様式を次のように改める。

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

（宛先）浦安市長

年 月 日

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格認定申請書

あなたのことについて	ふりがな		生年	・ ・ 生	障がいの有 無	有・無
	氏名		月日		配偶者の有 無	有・無
	個人番号		住所	電話番号		
児童のことについて	児童の氏名 (生年月日)					
		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	個人番号					
	続柄 同居・別居の別	同居 別居	同居 別居	同居 別居	同居 別居	
	監護等を始めた年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	障がいの状態の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	父・母の状況について (該当するものに○)	ア離婚 イ死亡 ウ障がい エ生死不明 オ遺棄 カ保護命令 キ拘禁 ク未婚 ケその他	ア離婚 イ死亡 ウ障がい エ生死不明 オ遺棄 カ保護命令 キ拘禁 ク未婚 ケその他	ア離婚 イ死亡 ウ障がい エ生死不明 オ遺棄 カ保護命令 キ拘禁 ク未婚 ケその他	ア離婚 イ死亡 ウ障がい エ生死不明 オ遺棄 カ保護命令 キ拘禁 ク未婚 ケその他	

配偶者	ふりがな 氏名		個人 番号
扶養義務者			
	ふりがな 氏名		
	個人番号		

ひとり親家庭等医療費等助成の審査に必要な私及び同居の家族における所得等の状況を確認することに同意します。

氏名 _____

第2号様式（第5条第1項第5号）

養育費に関する申告書

1 前年に受け取った養育費はありましたか。

有	・	無
---	---	---

2 養育費を受け取っている方のみ、以下を記入してください。

受取人	養育費の額	受取状況
母又は父・児童	円	年 月 ～ 年 月 受取額（月額 円）
母又は父・児童	円	年 月 ～ 年 月 受取額（月額 円）
母又は父・児童	円	年 月 ～ 年 月 受取額（月額 円）
合 計	円	

上記のとおり相違ありません。

（宛先）浦安市長

年 月 日

氏 名 _____

第 3 号様式（第 5 条第 2 項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格認定・却下通知書

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成について、下記のとおり認定・却下したので、通知します。

記

申請者氏名	
児童氏名	
却下理由	

第 4 号様式（第 5 条第 3 項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市ひとり親家庭等医療費等助成適用除外通知書

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成について、下記のとおり適用除外としたので、通知します。

記

申請者氏名	
児童氏名	
適用除外の理由	

第5号様式（第6条第1項）

（表）

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成受給券							
公費負担者番号							
受給者番号							
受給者	住所	〒					
	氏名					男・女	
	生年月日	年	月	日	生		
有効期間		年	月	日	～	年	月
自己負担額	通院						
	入院						
	保険調剤						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 浦安市長 印 </div>							

(裏)

注意事項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、接骨院等を含む。）に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後、浦安市役所の窓口で償還の手続きをしてください。後日、浦安市より助成額をお支払いいたします。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1か月に自己負担額が $\{80,100 \text{円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\%$ を超える場合は、あらかじめ加入している保険組合等から限度額適用認定証の交付を受け、医療機関に提示してください。限度額適用認定証を医療機関に提示しなかった場合、上記の算定額を超えた分の医療費は医療機関の窓口で支払うこととなります。窓口で支払った分については、後日、保険者又は浦安市に償還の申請を行ってください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療の給付等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 保育所、幼稚園又は学校内での疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、受給券を使用することができないので、医療機関に提示しないでください。
- 6 次のような変更があった場合は、速やかに浦安市に届け出てください。
 - (1) 浦安市外へ転出するとき。（受給券を添付）
→ 転出後、受給券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険が変更したとき。（受給券と新しい保険証を添付）
 - (3) 住所を変更したとき。（受給券を添付）
 - (4) 氏名を変更したとき。（受給券と戸籍抄本を添付）
 - (5) 世帯構成に変更があったとき。
 - (6) 「婚姻（事実婚を含む。）」状況に変更が生じたとき。（受給券を添付）
 - (7) 所得の更正をしたとき。（所得等を証する書類）
 - (8) 生活保護を受けるようになったとき。（受給券を添付）
 - (9) その他資格事項に変更が生じたとき。（受給券と変更事項を証明する書類を添付）
- 7 有効期間が過ぎた場合は、受給券を返却してください。
- 8 受給資格がない方が本制度による医療費助成を受けた場合又は浦安市による過払いが生じた場合には、後日、浦安市より返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先
浦安市

第6号様式（第8条第1項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次の対象者に係る浦安市ひとり親家庭等医療費等助成受給券の再交付を受けたいので、申請します。

対 象 者		ふりがな 氏名	生年月日
	申請者		
児童			年 月 日
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 毀損・汚損 3 その他（ ）		
備 考			

第7号様式（第9条第1項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成現況届

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、現在の状況を届け出ます。

児童の状況	氏名	生年月日	学校・勤務先・施設等の名称及び所在地 (該当するものに☑)	
		年 月 日	名称	
			所在地	<input type="checkbox"/> 浦安市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)
		年 月 日	名称	
			所在地	<input type="checkbox"/> 浦安市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)
		年 月 日	名称	
			所在地	<input type="checkbox"/> 浦安市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)
		年 月 日	名称	
	所在地		<input type="checkbox"/> 浦安市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 (都道府県 市区町村)	
扶養義務者		1	2	3
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
前年の		無 ・ 有 (年間 円)		

養育費の有無	
--------	--

ひとり親家庭等医療費等助成の審査に必要な私及び同居の家族における所得等の状況を確認することに同意します。

氏名 _____

第8号様式（第10条第1項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成変更届

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等助成の内容に変更がありましたので、届け出します。

変更理由	対象 (該当者に○)	変更内容			
		ふりがな		生年月日	年 月 日
住所 の変更	申請者・児童 扶養義務者	氏名		生年月日	年 月 日
		変更理由 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 市内転居	旧住所	
	<input type="checkbox"/> 市外転出		新住所		
	<input type="checkbox"/> 海外転出				
		<input type="checkbox"/> 市外転入			
		<input type="checkbox"/> 海外転入			
電話番号 の変更	申請者	旧		新	
氏名 の変更	申請者・児童	旧		新	
保険証 の変更	申請者・児童	保険証種別（該当に☑）		資格取得年月日	※対象者の保険 証の写しを添付 してください。
		<input type="checkbox"/> 千葉県国民健康保険（浦安市交付）			
		<input type="checkbox"/> 上記以外（名称）			
生活保護 の廃止	申請者・児童	医療扶助廃止年月日 年 月 日			
扶養義務者 の減少	申請者との 続柄	ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏名		生年月日	年 月 日

	()					
扶養義務者の追加	申請者との続柄 ()	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名				
		住所				
		1月1日現在住所地				
	個人番号					
	所得確認承諾欄	助成に関し必要な、所得等の状況を確認する <u>扶養義務者</u> ことを承諾します。				

※ 受給券を交付されている場合は、受給券添えて提出してください。

第9号様式（第11条第1項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格喪失届

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格を喪失しましたので、届け出します。

- 1 喪失理由（該当に)
- 婚姻（事実婚を含む。）
 - 他の市区町村へ転出
 - 児童を監護しなくなった。
 - 生活保護の受給（ 月から）
 - その他（)

2 喪失年月日
年 月 日

※ 受給券を交付されている場合は、受給券を添えて提出してください。

第 1 0 号様式（第11条第 3 項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市ひとり親家庭等医療費等助成資格消滅通知書

下記のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等助成の資格が消滅しましたので、通知します。

記

1 消滅理由

2 消滅年月日

年 月 日

第 1 1 号様式 (第12条第 3 項)

浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金交付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金を受けたいので、申請します。

ふりがな				男 ・ 女	申請者と の続柄	本人 ・ 子 ・ その他			
受診者 氏名					生年月日	年 月 日			
加入 医療 保険	保 険 者 名	健康保険組合 ・ 全国健康保険協会 千葉県国民健康保険 ・ 共済組合			保 険 者 番 号				
	被 保 険 者 名				資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			
	電 話 番 号				記 号	番 号			
振 込 先	銀行 ・ 信用金庫				普通 ・ 貯蓄	支店 ・ 出張所			
	金融機関 コード					支店コ ード			
	口座 番号				フリガナ 名 義				
児童扶養手当 証書番号	第 号								

父、母又は養育者・児童・扶養義務者の氏名等

父 ・ 母 ・ 養育者	ふりがな		生年	年 月 日
-------------	------	--	----	-------

		氏名		月日	
対象児童	ふりがな				
	氏名				
	生年 月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
扶養義務者	ふりがな				
	氏名				
	生年 月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

第 1 2 号様式（第12条第 3 項第 2 号）

浦安市ひとり親家庭等医療費等に係る医療機関等証明書

年 月 日

（宛先）浦安市長

（保険医療機関等）

所 在 地

名 称

代表者氏名

医療費等を次のとおり領収したことを証明します。

ふりがな				
受診者氏名			生年月日	年 月 日
診療（調剤）月	年 月分			
医療区分	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他（ ）			
外 来	総医療点数	点		公 費 負 担 額
	患者負担額	円		有（ ）円・無
	診療（調剤）実日数	日	診療（調剤）日	日
入 院	総医療点数	点		公 費 負 担 額
	患者負担額	円		有（ ）円・無
	食事療養費	円（ ）日分		
	入院期間	（ 年 月 日 ～ 年 月 日） （ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
証明手数料	円			

（注） 診療（調剤）報酬明細書ごとに発行してください。

第 1 3 号様式 (第15条)

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市ひとり親家庭等医療費等助成医療給付金交付決定・却下
通知書

浦安市ひとり親家庭等医療費等の医療給付金について、下記のとおり
決定・却下となりましたので、通知します。

記

1 決定

支給額 円

支給日 年 月 日

振込口座

2 却下

理由

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年11月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
ただし、第3項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の浦安市ひとり親家庭等医療費等助成要綱（以下「新要綱」という。）の規定は、施行日以後の診療分から適用し、施行日前の診療分については、なお従前の例による。

(資格認定等の行為の特例措置)

- 3 新要綱の規定に基づく資格認定その他の行為は、施行日前においても行うことができる。