

新旧対照表

浦安市休日救急等歯科診療所の設置及び管理に関する条例施行規則（平成11年規則第72号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前																																																																																																																																																																																																																
<p>別記第1号様式(第6条第2項)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">浦安市休日救急等歯科診療所使用料・手数料減免申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 浦安市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名</p> <p>浦安市休日救急等歯科診療所の使用料・手数料の減額・免除を受けたいので、次のとおり申請します。</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">加入医療保険</td> <td>有効期間</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受 診 者</td> <td>氏 名</td> <td>男・女</td> <td>事 業 所</td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>所在地</td> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> <td>住 所</td> <td>保 険 者</td> <td>所在地</td> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td>資 格 得 年 月 日</td> <td>職 業</td> <td>被保険者の続柄</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>診 療 年 月 日</td> <td></td> <td>傷 病 名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>使用料の額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手数料の額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>減免申請額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>納入方法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>減免申請の理由</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	加入医療保険	有効期間	年 月 日	受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地		記号		生年月日	年 月 日	所在地	名称		番号		住 所	保 険 者	所在地	名称		被保険者氏名		資 格 得 年 月 日	職 業	被保険者の続柄					診 療 年 月 日		傷 病 名							年 月 日									使用料の額		円							手数料の額		円							減免申請額		円							納入方法									減免申請の理由									備 考									<p>別記第1号様式(第6条第2項)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">浦安市休日救急等歯科診療所使用料・手数料減免申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 浦安市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名</p> <p>浦安市休日救急等歯科診療所の使用料・手数料の減額・免除を受けたいので、次のとおり申請します。</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">被保険者証</td> <td>有効期間</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受 診 者</td> <td>氏 名</td> <td>男・女</td> <td>事 業 所</td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>所在地</td> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> <td>住 所</td> <td>保 険 者</td> <td>所在地</td> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td>資 格 得 年 月 日</td> <td>職 業</td> <td>被保険者の続柄</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>診 療 年 月 日</td> <td></td> <td>傷 病 名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>使用料の額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手数料の額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>減免申請額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>納入方法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>減免申請の理由</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	被保険者証	有効期間	年 月 日	受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地		記号		生年月日	年 月 日	所在地	名称		番号		住 所	保 険 者	所在地	名称		被保険者氏名		資 格 得 年 月 日	職 業	被保険者の続柄					診 療 年 月 日		傷 病 名							年 月 日									使用料の額		円							手数料の額		円							減免申請額		円							納入方法									減免申請の理由									備 考								
加入医療保険		有効期間	年 月 日		受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地																																																																																																																																																																																																								
		記号				生年月日	年 月 日	所在地	名称																																																																																																																																																																																																								
	番号		住 所	保 険 者		所在地	名称																																																																																																																																																																																																										
被保険者氏名		資 格 得 年 月 日	職 業	被保険者の続柄																																																																																																																																																																																																													
診 療 年 月 日		傷 病 名																																																																																																																																																																																																															
年 月 日																																																																																																																																																																																																																	
使用料の額		円																																																																																																																																																																																																															
手数料の額		円																																																																																																																																																																																																															
減免申請額		円																																																																																																																																																																																																															
納入方法																																																																																																																																																																																																																	
減免申請の理由																																																																																																																																																																																																																	
備 考																																																																																																																																																																																																																	
被保険者証	有効期間	年 月 日	受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地																																																																																																																																																																																																										
	記号			生年月日	年 月 日	所在地	名称																																																																																																																																																																																																										
	番号			住 所	保 険 者	所在地	名称																																																																																																																																																																																																										
被保険者氏名		資 格 得 年 月 日	職 業	被保険者の続柄																																																																																																																																																																																																													
診 療 年 月 日		傷 病 名																																																																																																																																																																																																															
年 月 日																																																																																																																																																																																																																	
使用料の額		円																																																																																																																																																																																																															
手数料の額		円																																																																																																																																																																																																															
減免申請額		円																																																																																																																																																																																																															
納入方法																																																																																																																																																																																																																	
減免申請の理由																																																																																																																																																																																																																	
備 考																																																																																																																																																																																																																	

改 正 後

改 正 前

第2号様式(第6条第3項)

第 年 月 日 号

様
浦安市長 印

浦安市休日救急等歯科診療所使用料・手数料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった浦安市休日救急等歯科診療所の使用料・手数料の減免について、次のとおり決定・却下しますので通知します。

加入医療保険	有効期間	年 月 日	受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地	
	記号			生 年 月 日	年 月 日	名 称		
	番号			住 所		所在地		
被 保 険 者 氏 名			職 業		被 保 険 者 と の 続 柄		保 険 者 名 称	
資 格 取 得 年 月 日								
診 療 年 月 日				傷 病 名				
年 月 日								
使用料の額							円	
手数料の額							円	
減免決定額							円	
納入方法								
却下の理由								
備考								

教示

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第2号様式(第6条第3項)

第 年 月 日 号

様
浦安市長 印

浦安市休日救急等歯科診療所使用料・手数料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった浦安市休日救急等歯科診療所の使用料・手数料の減免について、次のとおり決定・却下しますので通知します。

被 保 険 者 証	有効期間	年 月 日	受 診 者	氏 名	男・女	事 業 所	所在地	
	記号			生 年 月 日	年 月 日	名 称		
	番号			住 所		所在地		
被 保 険 者 氏 名			職 業		被 保 険 者 と の 続 柄		保 険 者 名 称	
資 格 取 得 年 月 日								
診 療 年 月 日				傷 病 名				
年 月 日								
使用料の額							円	
手数料の額							円	
減免決定額							円	
納入方法								
却下の理由								
備考								

教示

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

(下線の部分が改正部分)

改 正 後

改 正 前

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。