

○松戸市子ども医療費の助成に関する規則

平成14年12月27日

松戸市規則第74号

全部改正

改正 平成19年9月28日規則第64号

平成20年3月24日規則第9号

平成22年9月24日規則第62号

平成24年6月29日規則第56号

平成24年10月2日規則第69号

平成25年3月29日規則第27号

平成25年7月1日規則第54号

平成27年12月28日規則第75号

(目的)

第1条 この規則は、子どもの医療に要する費用を負担する保護者に、当該費用の全部又は一部を助成することにより、子どもの保健対策の充実、保護者の経済的負担の軽減を図り、もって子どもの保健の向上及び子育て支援体制の充実に寄与することを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 子ども 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をいう。
- (2) 保護者 子どもの親権を行う者、未成年後見人その他の者で子どもを現に監護する者をいう。
- (3) 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。
 - ア 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - ウ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
 - エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - オ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - カ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (4) 保険給付 医療保険各法の規定による療養の給付、入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問看護療養費及び高額療養費を

いう。

- (5) 一部負担金 医療費の額から医療保険各法の規定により給付される額を控除した額をいう。
- (6) 自己負担金 国、県又は市町村が公費負担医療制度による給付決定をした場合、当該給付を受けた者又はその保護者がその負担能力に応じて負担しなければならない額をいう。
- (7) 子ども医療費自己負担額 市長が子ども医療費助成制度による給付決定をした場合、当該給付を受けた保護者が負担しなければならない額をいう。
- (8) 保険医療機関 医療保険各法に基づき指定された病院、診療所、薬局等をいう。
(助成対象者)

第3条 子ども医療費の助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件を備えている子どもの保護者とする。

- (1) 子どもが本市に住所を有し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていること。ただし、市長が特別な事情があると認めた場合は、この限りでない。
- (2) 子どもが医療保険各法に規定する被保険者又は被扶養者であること。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護者（医療扶助単一給付で自己負担のある場合を除く。）は、助成対象者としなない。

(助成額)

第4条 助成額は、子どもが保険給付を受けた場合における医療費のうち一部負担金又は自己負担金に相当する額から別表に定める子ども医療費自己負担額を控除した額とする。ただし、子どもの属する世帯が、生活保護法による被保護世帯であつて医療扶助単一給付のものであり自己負担のある場合及び市町村民税所得割非課税世帯である場合については、子ども医療費自己負担額を控除しないものとする。

2 前項に規定する医療に伴い保険調剤がなされた場合における医療費に対する助成額は、当該医療費のうち一部負担金又は自己負担金に相当する額とする。

3 前2項の規定による助成は、医療保険各法を除く他の法令等により医療に関する給付を受けることができる場合及び医療保険各法の規定に基づく規則定款等により附加給付の支給を受けた場合は、その給付の限度において行わないものとする。

4 第1項及び第2項の規定による助成は、疾病等の原因が第三者行為によって生じたものであり、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部につき第三者から賠償が行われる場合は、その賠償の限度において行わないものとする。

(認定)

第5条 子ども医療費の助成を受けようとする者は、松戸市子ども医療費助成申請書(第1号様式)に次に掲げる書類を添えて市長に申請し、認定を受けなければならない。

- (1) その者の属する世帯の所得状況及び市町村民税の課税状況を証する書類。ただし、申請者の同意を得て市長が当該世帯の所得状況及び市町村民税の課税状況を公簿によって確認できるときは、当該書類を省略することができる。
- (2) 医療保険各法に定める被保険者証、加入者証又は組合員証(以下「被保険者証等」という。)の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請があった場合において助成を受けることができると認めるときは、松戸市子ども医療費助成申請認定通知書(第2号様式)により通知するとともに子ども医療費助成受給券(第2号様式の2。以下「受給券」という。)を交付し、助成を受けることができないと認めるときは、松戸市子ども医療費助成申請却下通知書(第3号様式)により通知するものとする。

(助成期間及び受給券の有効期間)

第6条 子ども医療費は、前条に規定する申請書を受理した日(以下「受理日」という。)以後に受けた医療に要する費用について助成するものとする。ただし、市長が必要と認めた場合は、この限りでない。

2 受給券の有効期間は、受理日の属する月の翌月の1日から最初に到来する7月31日までとし、以後1年ごとに更新するものとする。ただし、市長が必要があると認めるときは、この限りでない。

3 市長は、前項の規定により受給券の更新を行う場合において子どもの属する世帯の所得状況及び市町村民税の課税状況を確認するものとする。

(助成方法)

第7条 助成は、第5条の認定を受けた者が保険医療機関において受給券と被保険者証等を提示して子どもに係る医療に関する給付を受けた場合に助成すべき額を当該保険医療機関へ支払うことによつて行うものとする。

第8条 前条の規定にかかわらず第5条の認定を受けた者が保険医療機関において一部負担金を支払った場合又は監護する未熟児に対し母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条第1項に規定する養育医療の給付を受けさせた場合は、助成すべき額を当該者に支払うことにより医療費の助成を行うことができる。

2 前項に規定する助成を受けようとするときは、松戸市子ども医療費助成金交付申請書（第4号様式）に受給券、被保険者証等の写し及び保険医療機関が発行する松戸市子ども医療費計算書（第5号様式）、領収書又は市長が必要と認める書類を添えて市長に申請しなければならない。ただし、前項に規定する養育医療の給付を受けさせた場合は、別に定める方法により申請しなければならない。

3 前項本文の申請は、一部負担金を支払った日の翌日から起算して2年以内に行わなければならない。

4 市長は、第2項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、松戸市子ども医療費助成金交付決定（却下）通知書（第6号様式）により通知するものとする。

（届出の義務）

第9条 受給券の交付を受けた者は、第5条の規定による申請事項に変更が生じたときは、速やかに松戸市子ども医療費受給資格登録変更届（第7号様式）を市長に提出し、市長は再認定を行うものとする。

（受給券の再交付）

第10条 受給券の交付を受けた者は、受給券を紛失又は毀損若しくは汚損したときは松戸市子ども医療費助成受給券再交付申請書（第8号様式）を市長に提出し、受給券の再交付を申請することができる。この場合において、受給券を毀損又は汚損したときは、当該受給券を添付しなければならない。

（受給券の返還・消滅）

第11条 受給券の交付を受けた者は、転出等の理由により第3条に規定する要件を喪失した場合は、速やかに松戸市子ども医療費助成受給券返納届（第9号様式）に受給券を添えて市長に提出しなければならない。

2 前項の届出の有無にかかわらず、受給券の交付を受けた者については、第3条に規定する要件を喪失した日をもって第5条の認定を取り消すものとする。

（助成金の返還）

第12条 市長は、偽りその他不正な行為により第6条から第8条までに定める助成を受けた者があるときは、その者から当該助成額の全部又は一部を返還させることができる。

（補則）

第13条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

(適用)

2 この規則による改正後の松戸市乳幼児医療費の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、平成15年4月1日(以下「適用日」という。)以後に受ける医療に要する費用の助成について適用し、同日前に受けた医療に要する費用の助成については、なお、従前の例による。

(適用日の前日に入院している乳幼児が引続き入院する場合の経過措置)

3 適用日の前日において入院している乳幼児がその後も引続き入院する場合において当該入院することとなる期間の医療に要する費用の助成については、改正後の規則の規定にかかわらず、なお従前の例による。

(受給券の有効期間の特例)

4 有効期間の始期が平成15年4月1日から平成15年7月31日までの受給券については、改正後の規則第6条第2項の規定にかかわらず平成16年7月31日までとする。

附 則 (平成19年9月28日松戸市規則第64号)

この規則は、平成19年10月1日から施行する。

附 則 (平成20年3月24日松戸市規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成22年9月24日松戸市規則第62号)

(施行期日)

1 この規則は、平成22年12月1日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 市長は、施行日前においても、この規則による改正後の松戸市子ども医療費の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)第5条の規定の例により、小学校低学年児童の医療に要する費用の助成の認定その他の行為を行うことができる。

3 改正後の規則の規定は、施行日以後に受ける医療に要する費用の助成について適用し、施行日前に受けた医療に要する費用の助成については、なお従前の例による。

4 この規則の施行の際現に改正前の松戸市乳幼児医療費の助成に関する規則第5条の規定により交付されている乳幼児医療費助成受給券は、当該受給券の有効期間の満了する日までは、改正後の規則第5条の規定により交付された子ども医療費助成受給券とみなす。

(松戸市事務分掌規則の一部改正)

- 5 松戸市事務分掌規則（平成12年松戸市規則第13号）の一部を次のように改正する。
- 第7条第3項の表市民課の項中「乳幼児医療費」を「子ども医療費」に改める。
- 第8条第3項の表子育て支援課の項児童給付担当室の目中「乳幼児医療費」を「子ども医療費」に改める。

（松戸市役所支所処務規則の一部改正）

- 6 松戸市役所支所処務規則（昭和37年松戸市規則第1号）の一部を次のように改正する。
- 別表各支所共通事項の項中「乳幼児医療費」を「子ども医療費」に改める。

附 則（平成24年6月29日松戸市規則第56号）

この規則は、平成24年7月9日から施行する。

附 則（平成24年10月2日松戸市規則第69号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成24年12月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 市長は、施行日前においても、この規則による改正後の松戸市子ども医療費の助成に関する規則（以下「改正後の規則」という。）第5条の規定の例により、医療に要する費用の助成の認定その他の行為を行うことができる。
- 3 改正後の規則の規定は、施行日以後に受ける医療に要する費用の助成について適用し、施行日前に受けた医療に要する費用の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成25年3月29日松戸市規則第27号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成25年7月1日松戸市規則第54号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成25年8月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正後の松戸市子ども医療費の助成に関する規則の規定は、施行日以後に受ける医療に要する費用の助成について適用し、施行日前に受けた医療に要する費用の助成については、なお、従前の例による。

附 則（平成27年12月28日松戸市規則第75号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年1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様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別表（第4条関係）

入院による子ども医療費自己負担額	通院による子ども医療費自己負担額
1日につき200円	1回につき200円

備考 第4条第1項ただし書の適用については、子どもが医療の給付を受けた日の属する年度（当該医療の給付を受けた日が4月1日から7月31日までの場合にあっては、当該医療の給付を受けた日の属する年度の前年度）の市町村民税課税状況で認定する。

松戸市子ども医療費助成申請書(受給券交付申請用)		受 付 印	
(宛先)松戸市長			
申請年月日	年 月 日		
申請理由	<input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> その他		
<p>承 諾 書</p> 本制度を利用する間、申請者の属する世帯の所得状況、住民基本台帳等の公簿を確認することを承諾します。 また、松戸市国民健康保険の被保険者の場合で高額療養費の支給を受けることができるときは、当該相当額を私に代わって請求することを承諾します。 (宛先)松戸市長 (保護者)生計維持者氏名 <input type="checkbox"/> 左記以外(配偶者・祖父母等) <input type="checkbox"/> ※承諾書に記名押印もしくはご署名いただけない場合は、本申請分を含め受給資格が終了するまで、毎年該当する保護者の所得証明書及び住民票の提出が必要になる場合があります。			
申請者(保護者のうち主たる生計維持者)		申請者(左記以外の保護者【配偶者・同居の祖父母】)	
氏 名	フリガナ <input type="checkbox"/>	フリガナ <input type="checkbox"/>	
個人番号			
生年月日	年 月 日	年 月 日	
住 所	松戸市	同左・他住所()	
1月1日住所	本年	松戸市内 ・ 市外(国内・海外)	松戸市内 ・ 市外(国内・海外)
	前年	松戸市内 ・ 市外(国内・海外)	松戸市内 ・ 市外(国内・海外)
電話番号	— —	同左・(— —)	
対象となる子ども(今回申請する子ども)			
氏 名	フリガナ 男・女	フリガナ 男・女	フリガナ 男・女
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
申請者との続柄			
加入(予定)健康保険【コピーを添付】	1 社保 2 国保 3 その他	1 社保 2 国保 3 その他	1 社保 2 国保 3 その他
<input type="checkbox"/> 1 課税世帯です。 <input type="checkbox"/> 2 市民税所得割非課税世帯です。			
<input type="checkbox"/> 不足はありません。 <input type="checkbox"/> 不足があります。 1 保険証のコピー 2 その他() (登録は保留されます)			
※記名押印に代えて署名することができます。			

第 号
年 月 日

様

松戸市長 印

松戸市子ども医療費助成申請認定通知書

年 月 日付けで申請のありました松戸市子ども医療費の助成に関する規則による子ども医療費助成申請について、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

認定に関する事項	
対象となる子ども氏名	
受給券有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
資格有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
受給者番号	
問い合わせ先	

(教示)

第2号様式の2

(用紙規格縦17.7センチメートル横9.3センチメートル)

(表)

子ども医療費助成受給券

公費負担者番号													
受給者番号													
子 ど も	住 所												
	氏 名								男・女				
	生 年 月 日		年		月		日						
有 効 期 間			年		月		日	～	年		月		日
自 己 負 担 額	通 院												
	入 院												
	保 険 調 剤												
松 戸 市 長 印													

(裏)

注 意 事 項

- 1 医療機関受診の際は、本券と健康保険証を医療機関窓口にて提示してください。(本券は、千葉県内の契約保険医療機関・保険薬局で使用できます。)
- 2 本券の助成対象となる医療費は、健康保険適用分の医療費(医科・歯科・調剤)です。健康保険が適用されない医療費については助成対象外となります。
- 3 本券を使用できない医療機関で受診された場合や補装具代金等については、一旦、医療機関等にお支払い後、2年以内に市の担当課、各支所で償還の手続きをしてください。後日、市より助成金をお支払いいたします。
- 4 社会保険・国保組合に加入している方で高額療養費(1か月の自己負担額が〔 円+(総医療費－ ×1%)を超えた金額〕に該当する場合は、医療機関窓口で本券の自己負担額とその額をお支払いし、後日、加入する健康保険に高額療養費の申請を行ってください。
- 5 育成医療費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されますが、その負担額が本券の自己負担額を超えた場合は、市より差額分をお支払いいたしますので、後日、市へ申請してください。
- 6 住所・氏名・加入する健康保険・保護者・課税状況に変更のあった場合は、別途、市へ届出が必要となります。
- 7 有効期間が過ぎた場合や、転出した日以降は本券の使用は出来ません。本券を市へ返却いただくか、保護者の責任において破棄してください。
- 8 受給資格の無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は他制度受給等により松戸市による過払いが生じた場合には、後日、市より返還請求させていただきます。
- 9 お問い合わせ先
松戸市

第3号様式

(用紙規格JIS A4)

第 号
年 月 日

様

松戸市長

印

松戸市子ども医療費助成申請却下通知書

年 月 日付で申請された、松戸市子ども医療費の助成に関する規則による子ども医療費助成申請については、下記の理由により却下します。

記

(教示)

松戸市子ども医療費助成金交付申請書 (償還払い)

(宛先)松戸市長

申請年月日	年 月 日
-------	-------

松戸市子ども医療費の助成を受けたいので、松戸市子ども医療費の助成に関する規則第8条及び第8条の2の規定に基づき申請します。

また、高額療養費に該当する可能性のある場合、市が保険組合へ照会及び支給額の調整をすることを承諾します。

なお、私が家族療養費附加金を保険者から受領した場合は、当該相当額を松戸市へ返還します。

申請者(口座名義人)		申請者(配偶者)(口座名義人)	
保護者氏名	フリガナ	フリガナ	
	㊟	㊟	
生年月日	年 月 日	年 月 日	
住 所	同左・※他住所(下段に記入) ()		
電話番号	— —	同左・(— —)	
対象となる子ども(今回申請する子ども)			
子どもの氏名	フリガナ	性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
受給者番号	※受給券に記載の番号を記入ください		
加入健康保険	保険者番号	保 険 者 名 称	
振 込 口 座 (上記申請者名義)	金融機関名称	支店名称	支 店
	口座番号	預金種目	普 通
	口座名義人	(フリガナ)	

松 戸 市 子 ども 医 療 費 計 算 書

年 月 日

所在地
医療機関 名称
代表者氏名

年 月分の子ども医療費を下記のとおり証明します。

記

子ども氏名							
受給者番号							
通院日	医療費 総 額 ①	社会保険 等負担額 ②	一部負担金 (①-②) ③	食事療養費 標準負担額 ④	③のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	④のうち他 法公費負担 医療による 公費負担額	食事 回数
日	円	円	円	/	円	/	/
日							
日							
日							
日							
入院期間 日～ 日	円	円	円	円	円	円	

第 年 月 日 号

様

松戸市長

印

松戸市子ども医療費助成金交付決定(却下)通知書

年 月 日付けで申請のあった子ども医療費の助成金について下記のとおり決定したので通知します。

1 助成する

子ども氏名
受給者番号
助成決定額

円

2 助成しない

子ども氏名
受給者番号
(理由)

助成額内訳

診療月	入外	保険適用自己負担額	食事療養費	高額療養費	附加給付	自己負担金	助成決定額
合計							

<助成額算出式>

(保険適用自己負担額) - (高額療養費) - (附加給付) - (自己負担金) + (食事療養費) = (助成額)

振込先：助成金の振込は、 頃を予定しています。

(教示)

松戸市子ども医療費受給資格登録変更届		受 付 印
(宛先)松戸市長 下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更がありますので 受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を届け出ます。 年 月 日		
申 請 者 (現 在 の 保 護 者)	現 住 所	松戸市
	氏 名	(フリガナ) 印
	電 話	(— —)
【 変更対象となる子ども 】 氏名変更の場合は旧氏名を記載してください。		
受給者番号		
フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
申請者との続柄		
【 変 更 事 由 】 変更の発生日付 年 月 日		
<input type="checkbox"/>	健康保険変更	(保険証コピーを添付)
<input type="checkbox"/>	子どもの住所変更	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同一 (年 月 日以降郵送を希望) <input type="checkbox"/> 他住所()
<input type="checkbox"/>	保護者の住所変更	<input type="checkbox"/> 転入(<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同一 <input type="checkbox"/> 松戸市) 個人番号(対象保護者) <input type="checkbox"/> 転出(転出先住所)
<input type="checkbox"/>	子どもの氏名変更	
<input type="checkbox"/>	保護者の変更	保護者でなくなる方 氏名 生年月日.....年.....月.....日 新たに保護者となる方 氏名 生年月日.....年.....月.....日
<input type="checkbox"/>	課税状況の変更	<input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯(無料から200円) <input type="checkbox"/> 課税世帯から非課税世帯(200円から無料)
承諾書 本制度を利用する間、申請者の属する世帯の所得状況、住民基本台帳等の公簿を確認することを承諾します。 また、松戸市国民健康保険の被保険者の場合で高額療養費の支給を受けることができるときは、当該相当額を私に代わって請求することを承諾します (宛先)松戸市長 個人番号 (新しい保護者の)氏名 ()		
※課税状況の変更を伴う届出において、新たに保護者となる方の所得証明書の提出を別途依頼する場合があります。		
※記名押印に代えて署名することができます。		

松戸市子ども医療費助成受給券再交付申請書
(再交付)

年 月 日

(あて先)松戸市長

申請者 (保護者)	住 所	松戸市
	氏 名	(フリガナ) 印
	電 話	

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

フリガナ			
子ども氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
加入健康保険	保険者名称		
	保険者番号		
再交付理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・毀損 3 その他()		
備 考			

第1号様式

第2号様式

第2号様式の2

第3号様式

第4号様式

第5号様式

第6号様式

第7号様式

第8号様式

第9号様式