

○箱根町小児医療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、小児に係る医療費の一部を助成することにより、その健全な育成支援を図り、もって小児の健康の増進に資することを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において「小児」とは、学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する中学校、義務教育学校の後期課程若しくは特別支援学校の中学部(以下「中学校等」という。)を卒業した日又は同条に規定する中等教育学校の前期課程を修了した日の属する月の末日(中学校等の卒業後又は中等教育学校の前期課程の修了後継続して入院している場合には、その退院の日。ただし、その卒業した日又は修了した日の属する月の末日及びその退院の日が満18歳に達した日の属する月の末日を経過している場合には、満18歳に達した日の属する月の末日とする。)までにある者をいう。

2 この要綱において「小児を養育している者」とは、次の各号のいずれかに掲げる者をいう。

(1) 小児を監護し、かつ、これと生計を同じくするその父又は母

(2) 父母に監護されず、又はこれと生計を同じくしない小児を監護し、かつ、その生計を維持する者

3 前項各号の「父」には、母が児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、その母と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含むものとする。

4 第2項第1号の場合において、父及び母がともにその父及び母の子である小児を監護し、かつ、これと生計を同じくするときは、その小児は、その父又は母のうちいずれかその小児の生計を維持する程度の高い者によって監護され、かつ、これと生計を同じくするものとみなす。

(対象者)

第3条 この要綱により小児の医療費の助成を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、箱根町内に住所を有する小児を養育している者で、その養育する小児の疾病又は負傷について次の各号に掲げる法(以下「医療保険各法」という。)の規定により医療(乳幼児及び児童以外の小児にあっては、入院に係る医療)に関する給付が行われるものとする。

(1) 健康保険法(大正11年法律第70号)

(2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)

- (3) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
- (6) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する小児は対象としない。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている小児
- (2) 児童福祉法に基づく措置により医療を受給している小児
- (3) 次に掲げる医療費助成事業により医療費の助成を受けることができる小児

ア 箱根町重度障害者医療費助成要綱(昭和58年10月1日制定)による重度障害者医療費助成事業

イ 箱根町ひとり親家庭等医療費助成要綱(平成4年4月1日制定)によるひとり親家庭等医療費助成事業

(助成の範囲)

第4条 町長は、対象者の疾病又は負傷について医療保険各法の規定により医療の給付が行われた場合における医療費(診療報酬の額の算定方法によって算定された額、又はその法令の規定に基づきこれと異なる算定方法によることとされている場合においては、その算定方法によって算定された額を超える額は除く。)のうち、その法令の規定によって小児に係る医療保険各法による世帯主若しくは被保険者その他これに準ずる者が負担すべき額を助成する。

2 前項の助成は、他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない。

(助成の方法)

第5条 医療費の助成は、病院、診療所又は薬局その他の者(以下「病院等」という。)に、対象者が医療証を提示して診療、薬剤の支給又は手当を受けた場合に、町長が助成する額をその病院等に支払うことによって行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するときは、対象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。

- (1) 医療保険各法による療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給されたとき。
- (2) 前号に規定する場合のほか、町長が特に必要があると認めるとき。

3 前2項に規定する方法により医療費の助成を受けようとする対象者は、小児医療費助成申請書(第1号様式)により町長に申請しなければならない。

4 前項の場合において、第2項第1号による支給がされたときは、療養費又は家族療養費の支給を証する書類を添付しなければならない。ただし、箱根町が国民健康保険法による保険者として小児に係る療養費を支給する場合における申請については、この限りではない。  
(医療費の助成決定等)

第6条 町長は、前条第3項の申請があった場合において、同条第2項に規定する医療費の助成を行うことを決定したときは小児医療費助成決定通知書(第2号様式)により、医療費の助成を行わないことを決定したときは小児医療費助成申請却下通知書(第3号様式)により、申請者に通知する。

(医療証の申請、交付等)

第7条 乳幼児及び児童の医療費の助成を受けようとする対象者は、町長に申請し、この要綱による医療費の助成を受ける資格を証する医療証の交付を受けなければならない。

2 前項に規定する申請は、小児医療費助成事業医療証交付申請書(第4号様式)に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

(1) 医療保険各法による被扶養者(国民健康保険法による場合は、被保険者)であることを証する書類

(2) 乳幼児及び児童を養育していることを証する書類

(3) 対象者の前年(養育している乳児が1月1日から6月30日までの間に生まれた場合には、前々年)の所得の状況を証する書類

3 町長は、第1項の申請があった場合において、第3条に規定する対象者と決定したときは医療証(第5号様式)を交付するものとし、同条に規定する対象者でない決定したときは小児医療費助成事業医療証交付申請却下通知書(第6号様式)により通知する。

(医療証の有効期間)

第8条 医療証の有効期間は、満15歳に達した日以後の最初の3月31日までとする。

(医療証の返還)

第9条 対象者は、その資格を喪失したときは、速やかに医療証を町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第10条 対象者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、小児医療費助成事業医療証再交付申請書(第7号様式)により町長に医療証の再交付を申請することができる。

(届出義務)

第11条 対象者は、第7条第2項の規定により申請した事項に変更が生じたときは、小児医

療費助成事業申請事項変更届(第8号様式)に医療証を添えて、速やかに町長に届け出なければならない。

(受給資格消滅の通知)

第12条 町長は、対象者がその資格を喪失したと認めるときは、小児医療費助成事業受給資格消滅通知書(第9号様式)により当該対象者に通知する。ただし、対象者が死亡した場合は、この限りでない。

(譲渡又は担保の禁止)

第13条 この要綱による医療費の助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(第三者行為による損害賠償との調整)

第14条 町長は、対象者に係る医療費の助成について、医療の原因が第三者行為によるもので、その者から損害賠償を受けたときは(医療に係る損害賠償に限る。)、その範囲において、この要綱に基づく助成を行わず、又は既に助成した額を返還させることができる。

(助成費の返還)

第15条 町長は、偽りその他不正行為によって、この要綱による医療費の助成を受けた者があるときは、その者から助成を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(添付書類の省略)

第16条 町長は、この要綱による申請書又は届出書に添付する書類により証明する事項を、町が保有する公簿等により確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(補則)

第17条 この要綱に規定するもののほか、この要綱による助成の実施に関して必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成7年10月1日から施行する。

(箱根町乳幼児医療費助成要綱の廃止)

2 箱根町乳幼児医療費助成要綱(平成5年4月1日施行)は、廃止する。

(旧要綱の廃止に伴う経過処置)

3 この要綱の施行前に、旧要綱に基づき療養の給付を受けた者についての医療の費用の支給に関しては、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公表の日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第4号様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年3月1日から施行する。ただし、第2条第1項の改正規定は、同年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第5号様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第4号様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第4号様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

第1号様式 (第5条関係)

小児医療費助成申請書					
療養を受けた 小児	受給者番号				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
	申請者との続柄				
保険の種類	1. 国保 4. 共済	2. 組合	3. 協会けんぽ (政管)	被保険者証 記号番号	
保険者名	符 号		名 称		
入院・入院外の別	1. 入院		2. 入院外		
診療等を受けた期間	年 月 日から		年 月 日		
病院の名称	名 称				
所在地	所在地				
保険診療点数	点	保険診療費用	円		
保険負担割合	8 割	7 割	支 給 額	円	
備 考					
支給額は、次の口座にお振り込みください。					
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協 店	1. 普通	口座番号		
		2. 当座	フリガナ 口座名義		
次のとおり、小児医療費助成事業の医療費の申請をします。					
年 月 日					
箱 根 町 長 様					
申請者 住所 電話番号 氏名 印					

1. 領収書を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は、申し出てください。
2. 被保険者証（組合員証）をお持ちください。

第2号様式（第6条関係）

## 小児医療費助成決定通知書

箱 第 号  
年 月 日

様

箱根町長

印

年 月 日付けで申請のありました箱根町小児医療費助成事業申請については、次のとおり決定したので通知します。

小児の氏名	
助成月分	年 月～ 年 月
助成決定額	円
支払方法	

備考 助成金については、後日、支払案内書が送付されますので、それにより受領してください。



第3号様式（第6条関係）

## 小児医療費助成決定通知書

箱 第 号  
年 月 日

様

箱根町長

印

年 月 日付けで申請のありました箱根町小児医療費助成事業申請については、次の理由により助成できませんので通知します。

理 由

第4号様式(第7条関係)

小児医療費助成事業医療証交付申請書

箱根町長 様

年 月 日

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

また、認定に必要な租税に関する公簿の閲覧(個人番号を利用した所得照会を含む)について、同意します。

① 申 請 者	(ふりがな)				住所	⑦加入 保 険 の 状 況	保険の種類 1 国保 2 組合 3 協会けんぽ(政管)			
	氏名	㊦					被保険者等氏名	申請者との続柄		
	性別	男・女					被保険者番号			
	個人番号						保険者名	付加給付の有無 有・無		
	生年月日	年 月 日生まれ					保険者の所在地			
配偶者の有無	有・無			電話番号	( ) -					
② 対 象 小 児	氏名	性別	続柄	個人番号	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計関係	備考
					年 月 日	同・別		有・無	同一・維持	
③加入している年金等の年金手帳又は組合員証の記号・番号		第 号	譲渡所得の有無	有・無		児童手当の受給状況	年 月～ (一般給付・特例給付)			
ア. 厚生年金保険		エ. 国家公務員等共済組合		キ. その他( )		生活保護の受給状況	有・無			
イ. 私立学校教職員共済組合		オ. 地方公務員等共済組合				重度障害者医療費給付事業の該当	有・無			
ウ. 農協漁業団体職員共済組合		カ. 国民年金				ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有・無			
④被用者又は公務員であるか否かの別		ア. 被用者又は公務員	イ. 被用者等でない者	⑤所得の状況	円		⑥扶養親族等及び小児の数 人 うち同一生計配偶者(70歳以上の者に限る。)及び老人扶養親族の数の合計数 人			
						控除後の所得額	円			
						助成対象の可否 可・否				
※ 町 記 入 欄	年分		控 除							
	所得の合計額		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 (障害人 特別障害人)	寡婦・寡夫 労学生控除額	勤 働	児童手当法施行令第3条 第1項による控除	
円		円	円	円	円	円	円	80,000 円		
・住民票 [添付]		児童手当認定通知書	児童手当改訂通知書	児童手当支払通知書	・健康保険証 [揭示 公簿確認]					
・所得関係書類 [添付]		児童手当認定通知書	児童手当改訂通知書	児童手当支払通知書	・公的年金証書 [揭示 公簿確認]					
・養育関係書類 [添付]		児童手当認定通知書	児童手当改訂通知書	児童手当支払通知書						

備考 ※印の欄には、記入しないでください。記入押印に代えて、署名することができます。

(裏)

【記入上の注意】

1 ①の欄

- (1) 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- (2) 配偶者には、児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、申請者と事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含みます。

2 ②の欄

- (1) 「対象小児」の欄は、申請者が養育（監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。以下同様です。）する小児について、記入してください。
- (2) 「生計関係」の欄は、次によって記入してください。  
ア 「同一」は、小児が申請者自身の子である場合で、申請者がその小児と生計を同じくしているときに○で囲んでください。  
イ 「維持」は、小児が申請者自身の子でない場合で、申請者がその小児と生計を維持しているときに○で囲んでください。

3 ③の欄

「加入している年金等の年金手帳又は組合員証の記号・番号」の欄は、申請者の申請の日における公的年金制度についての加入の状況を記入し、その下の欄は次により記入してください。

- (1) 加入している公的年金制度については、「ア」から「キ」までのいずれかに該当するものを○で囲んでください。  
「キ」を○で囲んだ場合は、( ) 内にその年金の名称を記入してください。
- (2) 「ア」、「ウ」、「エ」又は「オ」のいずれかを○で囲んだ場合で、「ア」の第4種被保険者若しくは高齢任意加入被保険者（これらの者が保険料を自ら全額負担している場合に限る。）、「ウ」の任意継続組合員又は「エ」若しくは「オ」の継続長期組合員であるときは、当該欄の余白に「四種」、「高任」、「継続」又は「継長」と記入してください。

4 ④の欄

「被用者又は公務員であるか否かの別」の欄は、申請者について、その上の欄の加入している年金等の「ア」から「オ」までのいずれかを○で囲んだ場合は、「ア 被用者又は公務員」を○で囲み、「カ」又は「キ」のいずれかを○で囲んだ場合は、「イ 被用者等でない者」を○で囲んでください。  
ただし、「3」の「(2)」において「四種」、「高任」、「継続」又は「継長」と記入した場合は、「イ 被用者等でない者」を○で囲んでください。

5 ⑤の欄

「所得の状況」の欄は、申請者の前年（1月から5月までの間に申請する場合には、前々年をいいます。以下同じです。）の所得についての市町村民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長短期所有土地等に係る事業所得等の金額、長期譲渡所得金額及び短期譲渡所得金額の合計額から8万円を控除した額を記入してください。

なお、市町村民税で雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、障害者控除、老年者控除、寡婦（寡夫）控除又は勤労学生控除を受けた場合は、それぞれの額を更に控除した額を記入してください。

6 ⑥の欄

「扶養親族等及び小児の数」の欄は、市町村民税における同一生計配偶者及び扶養親族の合計数を、〔 〕内には、このうち同一生計配偶者(70歳以上の者に限る。)及び老人扶養親族の合計数を記入してください。

なお、申請者の親族でないためその市町村民税で扶養控除の対象とはならないが、前年の12月31日に申請者が生計を維持した18歳未満の児童があった場合は、その数を加えた数を記入してください。

いずれもない場合は、「なし」と記入してください。

7 ⑦の欄

「保険の種類」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。  
「国保」は国民健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「政管」は政府管掌健康保険、「日雇」は日雇特例被保険者、「船員」は船員保険、「共済」は国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済組合の略です。

8 この申請書に添えていただく書類は次のとおりです。

- (1) あなたとあなたが養育されている小児の健康保険証
- (2) 申請者と生計を同じくする者が他の市町村に住所を有する場合は、父母とその小児との養育関係を明らかにすることができる書類
- (3) 小児のうちに申請者自身の子でない小児がある場合は、父母とその小児との養育関係及び申請者とその小児との養育関係を明らかにすることができる書類
- (4) 申請者が本年(1月から5月までの間に申請する場合には、前年をいいます。)1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、申請者の前年の所得の額と、その所得に係る市町村民税における同一生計配偶者及び扶養親族の有無と数についての市町村長の証明書
- (5) 「6」の後段に該当する児童があった場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
- (6) 申請者が被用者であるときは、当該事実を明らかにすることができる書類
- (7) 児童手当を受けられている方は、児童手当認定通知書又は児童手当支払通知書（児童手当認定通知書又は児童手当支払通知書を提示できる方は、上記(2)～(6)の書類は必要ありません。）

9 この申請書についてわからないことがありましたら、担当の職員におたずねください。

第5号様式（第7条関係）

（表）（用紙 縦12.8cm 横9.6cm）

<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">乳</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">医療証</span>		
負担者番号	8 1 1 4 0 6 1 8	
受給者番号		
対象乳幼児・児童	住所	神奈川県足柄下郡箱根町
	氏名	
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
一部負担金	入院 1日につき 0円 入院外 受診等1回につき 0円 調剤 0円 <small>※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。</small>	
上記の者は、箱根町小児医療費の助成に関する要綱により医療費の一部を箱根町が助成するものであることを証明する。		
神奈川県足柄下郡 箱根町長		
交付年月日	年 月 日	

（裏）

ご 注 意
1 この証は、健康保険の自己負担分を助成する証ですから、大切にしてください。 2 健康保険の対象外の費用は、本制度の対象ではありません。 3 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、取扱病院等の窓口へ提出してください。 4 この証は、県内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。ただし、県外の病院等では使えませんので、健康保険の自己負担分を病院等で支払ったうえ、その領収書等を添付して、下記の窓口へ医療費の支給を申請してください。 5 受給者の資格がなくなったときや、有効期間を経過したときは、この証を下記の窓口にお返しください。 6 氏名、住所、健康保険などに変更があったときは、下記の窓口へこの証を添えて届け出てください。 7 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、下記の窓口で再交付を受けてください。 8 偽り、その他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
問い合わせ先 神奈川県足柄下郡箱根町 福祉部 子育て支援課 子育て推進係 電話番号 0460-85-9595

第6号様式（第7条関係）

## 小児医療費助成事業 医療証交付申請却下通知書

箱 第 号  
年 月 日

様

箱根町長

印

年 月 日付けで申請のありました医療証の交付について審査しましたが、次の理由で小児医療費助成事業の対象者となりませんので通知します。

氏 名

理 由

第7号様式（第10条関係）

## 小児医療費助成事業医療証再交付申請書

箱根町長様 年 月 日

住所

氏名 ㊟

次の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号									
受給者番号									

医療証交付年月日 年 月 日

申請理由

1. なくした
2. 破いた
3. 汚した
4. その他（具体的に記載してください。）

※2又は3の場合は、医療証を添付すること。

第8号様式（第11条関係）

## 小児医療費助成事業 申請事項変更届

医療証 番号	負担者番号									
	受給者番号									
変更 の 場 合	変更後の氏名 (変更前の氏名)		〔 〕 のための変更〕 ( )							
	変更後の住所 (変更前の住所)		電話 ( ) - ( )							
	変更後の 勤務先等	職 業								
		勤 務 先								
		勤務先の住所								
	加入後の 医療保険	保 険 の 種 類								
		被 保 険 者 名						申請者との間柄		
		保 険 証 記 号 番 号						保 険 者 名		
		保 険 者 の 所 在 地								
	附 加 給 付 の 有 無									
そ の 他 の 事 項										
変 更 年 月 日		年 月 日								
消滅の 場合	消滅理由	1 他の市町村に転出 (転出先 )								
		2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 ( )								
消 滅 年 月 日		年 月 日								
上記のとおり、小児医療費助成事業の		申請事項に変更がありました 受給資格が消滅しました ので届け出ます。 年 月 日								
箱 根 町 長 様		住 所 氏 名 ㊟								

第9号様式（第12条関係）

小児医療費助成事業  
受給資格消滅通知書

箱 第 号  
年 月 日

様

箱根町長

印

次のとおり、小児医療費助成事業の対象者に該当しないこととなりましたので通知します。

1 受給資格が消滅した者の氏名

2 受給資格が消滅した年月日

年 月 日

3 受給資格が消滅した理由



第1号様式(第5条関係)

第2号様式(第6条関係)

第3号様式(第6条関係)

第4号様式(第7条関係)

第5号様式(第7条関係)

第6号様式(第7条関係)

第7号様式(第10条関係)

第8号様式(第11条関係)

第9号様式(第12条関係)