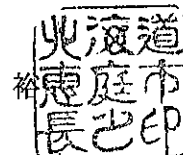


恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年12月12日

恵庭市長 原 田



恵庭市規則第33号

恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

第1条 恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年規則第17号）の一部を次のように改正する。

現行	改正案
第1条～第2条の2（略） （助成の申請） 第3条（略） （1）医療保険各法(条例第2条第3号に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。)による被保険者又は被扶養者たることを証する書類(以下「被保険者証等」という。) （2）～（4）（略） 2（略） 第4条～第10条（略）	第1条～第2条の2（略） （助成の申請） 第3条（略） （1）医療保険各法(条例第2条第3号に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。)による被保険者又は被扶養者たることを証する書類 （2）～（4）（略） 2（略） 第4条～第10条（略）

改正案

【表1】

※ 受給者証をお送りいたします。
 なお、前掲の「注意事項」をよくお読みください。

子初 【市内の区域機関にて使用可能】 子ども医療費受給者証		
所属医療機関 〒260-0233	受給者 氏名	交付番号 00000000000000000000
受給者 氏名	生年月日	
有効期間		
発行機関名 及 び 印		
交付年月日		

【裏1】

この受給者証は、医療機関等（以下「医療等」といふ。）で、医療費減免を受けることができることを証明するもので、大切に保管してください。

1 通常の医療等において診療を受ける場合は、医療機関等に添えて、この証を必ず添付に提出してください。また、次の一部費用を支払ってください。

① **医療費**の徴収
 初診に限り医療費は500円、續診は250円。
 ただし、小中高生から中学生までは入院のみの適用となります。

② **処方薬**の徴収
 内科・外科・小児科・産婦人科等を受診する際は、保険調剤費の負担に相当する額。
 ただし、小中高生から中学生までは入院のみの適用となります。

2 通常の医療等において診療を受ける場合は、この受給者証は適用できません。診療を受ける月の翌月以降、次のものをお持ちになり、市税徴収又は支払済・用済で市税徴収をしてください。

市川市に必要なのは、
 徴収票、受給者証、医療保険証。返送内容の欄がわかるもの

3 ①②の額をお支払いの方で、1割負担した額が自己負担月間上限額（入院時、600円、通院18,000円）を超えた場合には、医療機関等に該当する場合があります。

※ 医療機関等にお持ち、お返しは、お問合わせください。

4 医療機関等は受給者の資格がなくなるまでの、減額か免除手続を返戻します。

5 返戻金おへら出したとき（市税納入時または申請が承認されたとき）
 ①医療機関の資格を喪失したとき。
 ②自己負担額が増えるようになったとき。
 ③他の医療機関等での受診となったとき。
 ④有効期間が満了したとき。

6 返戻金（代金、位置、加入している医療保険、おたる生活助成金）に充当されたときは、14日以内にこの受給者証を返却して下されいます。

7 この受給者証を破った、用した、又は失ったときは、お交付を停止してください。

7 市川市の受給者証を使用した者は、市川により処分を受けず。

問い合わせ先
 〒260-0100 北海道恵庭市市川町1番地
 市川市役所
 電話番号 0123-233-3131 内線

(注)

下

【医師の同意書に使用可能】

子ども医療費受給者証

受給者氏名		性別	
生年月日			
住所			
通院先			
受給期間			
交付年月日			

★ 受給者証を失窃した場合は、

たじ、受給者(ご家族の方)を早くお返しくください。

(別紙)

用 意 書

この同意書は、医療費の減額を受けるための同意書です。

1. 医療費の減額を受けるためには、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

2. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

3. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

4. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

5. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

6. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

7. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

8. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

9. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

10. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

2. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

3. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

4. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

5. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

6. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

7. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

8. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

9. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

10. 医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。医療費の減額は、医療費の減額を受けることが必要です。

様式第 4 号 (略)

様式第 4 号 (略)

様式第5号(第4条関係)

様式第 5 号(第 4 条関係)

様式第5号(交付係関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

恵 庭 市 長 様

申請者 住 所 恵庭市
(受給者) 氏 名

(校附) 〕

電話番号

下記の理由により、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記	
受	氏 名
給	生年月日
者	住 所
再交付の理由	1 滅失した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他

再決定	
理由	1 上記申請内容を審査の結果、該当と認められるので受給者証を再交付します。 2 次の理由により、上記申請を却下します。
加付	
課税	生 産 税 目 再交付 決 定 年 月 日
	年 月 日

注 捺印は、記入しないでください。

様式第15号（第4次改訂）

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

出 発 所 長 様

申 請 者 氏 名 所在地

氏 名 所 在 地

対象者上の住所（父・母・祖父等）

電話番号

上の用紙に「子ども医療費受給者証」の交付を申請します。

氏 名	生 年 月 日	受給者番号
①	平成 年 月 日	
②	平成 年 月 日	
③	平成 年 月 日	
④	平成 年 月 日	

再 交 付 理 由

- 1 既払した
- 2 紛失した
- 3 知失した
- 4 その他（ ）

1	上記申請理由を審査し結果、該当と認められる場合は再交付します。				
2	次の案内により、申請用紙を返します。				
3	費下光向（ ）				
備 考					
福祉課	主任	担当	入力	送 達 年 月 日	
				令和 年 月 日	

※ 申請は1回限りです。

現行

様式第6号(第6条関係)

様式第6号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書

申請日 年 月 日

申請者 氏名 住所 市 区 町 丁目 番 号 電話番号

下記のとおり記載事項を添えて申請します。

受給者	氏名	生年月日	年 月 日
加入医療保険	保険者名 (保険者番号)	記号	被保険者名
支払った医療費の内訳	別紙記載事項のとおり		

助成金の受給方法	口座振込	口座名義人	普通・当座・貯蓄
	振込先 金融機関名	銀行 (信用(金融・組合) 名称)	本店 支店 出張所

決定金額	支払額 A	円	負担区分 親・祖
	高額療養費等 B	円	
	一部負担金 C (初診時一部負担金)	円	
	支払決定額 A+B+C	円	

備考

申請により、上記のとおり支給してよろしいか。

決裁	課長	主査	担当
----	----	----	----

改正案

様式第6号(第6条関係)

様式第6号(第6条関係)

子ども医療費助成申請書

申請日 年 月 日

申請者 氏名 住所 市 区 町 丁目 番 号 電話番号

下記のとおり記載事項を添えて申請します。

受給者	氏名	生年月日	年 月 日
加入医療保険	保険者名 (保険者番号)	記号	被保険者名
支払った医療費の内訳	別紙記載事項のとおり		

助成金の受給方法	口座振込	口座名義人	普通・当座・貯蓄
	振込先 金融機関名	銀行 (信用(金融・組合) 名称)	本店 支店 出張所

決定金額	支払額 A	円	負担区分 親・祖
	高額療養費等 B	円	
	一部負担金 C (初診時一部負担金)	円	
	支払決定額 A+B+C	円	

備考

申請により、上記のとおり支給してよろしいか。

決裁	課長	主査	担当
----	----	----	----

様式第7号 (略)

様式第7号 (略)

様式第8号(第8条関係)

様式第8号(第8条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

申請日 年 月 日

申請者 氏名 住所 市 区 町 丁目 番 号 電話番号

下記の理由により、受給者としての資格を喪失しましたので、届出します。

記

受給者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	市 区 町 丁目 番 号	
資格喪失の理由	1. 他の市町村へ転出 2. 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成受給開始 3. 生活保護の受給開始 4. 死亡 5. その他 ()		

発生年月日 年 月 日

決定金額	課長	主査	担当	入力	決定年月日	年 月 日
------	----	----	----	----	-------	-------

注 密欄は、記入しないでください。

様式第8号(第8条関係)

様式第8号(第8条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

申請日 年 月 日

申請者 氏名 住所 市 区 町 丁目 番 号 電話番号

下記の理由により、受給者としての資格を喪失しましたので、届出します。

受給者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	市 区 町 丁目 番 号	
資格喪失の理由	1. 他市町村への転出 2. 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成受給開始 3. 生活保護受給開始 4. 死亡 5. その他 ()		

発生年月日 年 月 日

決定金額	課長	主査	担当	入力	決定年月日	年 月 日
------	----	----	----	----	-------	-------

注 密欄は、記入しないでください。

現行	改正案																																																																
様式第9号(第9条関係) 様式第9号(第9条関係) 子ども医療費受給者住所等変更届 年 月 日 恵庭市長 様 申請者 住所 恵庭市 (保護者) 氏 名 (姓 名) 電話番号 下記のとおり、届出事項に変更がありましたので、届出します。 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">記</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受給者氏名</td> <td>受給者番号</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所 新 恵庭市</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所 旧 恵庭市</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 旧</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 (保険者番号)</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 記 号 番号</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 被 保 険 者</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>決 定</th> <th>決 定 日</th> <th>決 定 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> 注 添付は、記入しないでもいい。	記		受給者氏名	受給者番号	生年月日		住所 新 恵庭市	変更 年 月 日	住所 旧 恵庭市	変更 年 月 日	氏 名 旧	変更 年 月 日	氏 名 新 (保険者番号)	変更 年 月 日	氏 名 新 記 号 番号	変更 年 月 日	氏 名 新 被 保 険 者	変更 年 月 日	その他	変更 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	様式第9号(第9条関係) 子ども医療費受給者住所等変更届 年 月 日 恵庭市長 様 申請者 住所 恵庭市 (保護者) 氏 名 (姓 名) 電話番号 下記のとおり、届出事項に変更がありましたので、届出します。 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">記</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受給者氏名</td> <td>受給者番号</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所 新 恵庭市</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所 旧 恵庭市</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 旧</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 (保険者番号)</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 記 号 番号</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名 新 被 保 険 者</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>変更 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>決 定</th> <th>決 定 日</th> <th>決 定 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>決 定</td> <td>決 定 日</td> <td>決 定 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> 注 添付は、記入しないでもいい。	記		受給者氏名	受給者番号	生年月日		住所 新 恵庭市	変更 年 月 日	住所 旧 恵庭市	変更 年 月 日	氏 名 旧	変更 年 月 日	氏 名 新 (保険者番号)	変更 年 月 日	氏 名 新 記 号 番号	変更 年 月 日	氏 名 新 被 保 険 者	変更 年 月 日	その他	変更 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日	決 定	決 定 日	決 定 年 月 日
記																																																																	
受給者氏名	受給者番号																																																																
生年月日																																																																	
住所 新 恵庭市	変更 年 月 日																																																																
住所 旧 恵庭市	変更 年 月 日																																																																
氏 名 旧	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 (保険者番号)	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 記 号 番号	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 被 保 険 者	変更 年 月 日																																																																
その他	変更 年 月 日																																																																
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
記																																																																	
受給者氏名	受給者番号																																																																
生年月日																																																																	
住所 新 恵庭市	変更 年 月 日																																																																
住所 旧 恵庭市	変更 年 月 日																																																																
氏 名 旧	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 (保険者番号)	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 記 号 番号	変更 年 月 日																																																																
氏 名 新 被 保 険 者	変更 年 月 日																																																																
その他	変更 年 月 日																																																																
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															
決 定	決 定 日	決 定 年 月 日																																																															

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

第2条 恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の一部を次のように改正する。

現行	改正案
第1条～第10条 (略) 様式第1号・様式第2号 (略)	第1条～第10条 (略) 様式第1号・様式第2号 (略)

現行

様式第3号(第4条関係)

様式第3号(第4条関係)

【市内の医療機関にて使用可能】

子ども医療費受給者証

※ 受給者証をお取りいたします。
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

申請者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 受給者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
申請者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 受給者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 生年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

有効期間 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 有効期間 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

発行機関 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 発行機関 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
発行年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 発行年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※ 家族入している医療機関が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

注 意 事 項

この受給者証は、医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費減免を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。

1 市内の病院等において医療を受ける場合は、医療機関に提示して、この証を必ず提示してください。また、次の一部負担金を支払ってください。

① 初診の場合
初診に限り医療費は500円、歯科診療は100円。
ただし、小学4年生から中学3年生までは入院のみ適用となります。

② 再診の場合
再診・歯科・歯科矯正・歯科矯正矯正を受ける際は、医療機関の負担に相当する額を支払います。
ただし、小学4年生から中学3年生までは入院のみ適用となります。

2 市内の病院等において医療を受ける場合は、この受給者証は提示できません。医療を受けた際には、医療を受けた月の翌日より、次のものを提出する必要があります。市役所又は支所・出張所まで提出をお願いします。

① 医療費受給者証
② 医療費受給者証の控え
③ 医療費受給者証の控え
④ 医療費受給者証の控え
⑤ 医療費受給者証の控え
⑥ 医療費受給者証の控え
⑦ 医療費受給者証の控え
⑧ 医療費受給者証の控え
⑨ 医療費受給者証の控え
⑩ 医療費受給者証の控え

問合せ先 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

改正案

様式第3号(第4条関係)

様式第3号(第4条関係)

【市内の医療機関にて使用可能】

子ども医療費受給者証

※ 受給者証をお取りいたします。
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

申請者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 受給者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
申請者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 受給者住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 生年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

有効期間 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 有効期間 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

発行機関 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 発行機関 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
発行年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 発行年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※ 家族入している医療機関が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

注 意 事 項

この受給者証は、医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費減免を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。

1 市内の病院等において医療を受ける場合は、医療機関に提示して、この証を必ず提示してください。また、次の一部負担金を支払ってください。

① 初診の場合
初診に限り医療費は500円、歯科診療は100円。
ただし、小学4年生から中学3年生までは入院のみ適用となります。

② 再診の場合
再診・歯科・歯科矯正・歯科矯正矯正を受ける際は、医療機関の負担に相当する額を支払います。
ただし、小学4年生から中学3年生までは入院のみ適用となります。

2 市内の病院等において医療を受ける場合は、この受給者証は提示できません。医療を受けた際には、医療を受けた月の翌日より、次のものを提出する必要があります。市役所又は支所・出張所まで提出をお願いします。

① 医療費受給者証
② 医療費受給者証の控え
③ 医療費受給者証の控え
④ 医療費受給者証の控え
⑤ 医療費受給者証の控え
⑥ 医療費受給者証の控え
⑦ 医療費受給者証の控え
⑧ 医療費受給者証の控え
⑨ 医療費受給者証の控え
⑩ 医療費受給者証の控え

問合せ先 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

様式第4号～様式第9号 (略)

様式第4号～様式第9号 (略)

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条並びに附則第3項及び第5項の規定は令和7年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 第2条の規定による改正後の恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則（以下「新規則」という。）の規定による子ども医療費の助成に関し必要な準備行為は、第2条の規定の施行の日（以下「施行日」という。）前においても行うことができる。

(適用区分)

- 3 新規則の規定は、施行日以後に受ける医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に受けた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

(経過措置)

- 4 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の規定により行った申請及び届出並びに交付されている子ども医療費受給者証は、この規則による改正後の恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の規定により行った申請及び届出並びに交付された子ども医療費受給者証とみなす。
- 5 第2条の規定の施行の際現に第2条の規定による改正前の恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の規定により交付されている子ども医療費受給者証は、新規則の規定により交付された子ども医療費受給者証とみなす。

