

○町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例

平成 5 年 9 月 3 0 日

条例第 2 7 号

子ども生活部子ども総務課

改正 平成 1 0 年 6 月 3 0 日条例第 1 8 号

平成 1 1 年 9 月 3 0 日条例第 3 0 号

平成 1 2 年 3 月 3 1 日条例第 2 9 号

平成 1 3 年 3 月 3 0 日条例第 4 号

平成 1 3 年 6 月 2 7 日条例第 2 3 号

平成 1 4 年 9 月 3 0 日条例第 4 0 号

平成 1 7 年 3 月 3 1 日条例第 1 1 号

平成 2 0 年 3 月 3 1 日条例第 1 3 号

平成 2 1 年 6 月 2 6 日条例第 1 9 号

平成 2 3 年 1 2 月 2 8 日条例第 4 4 号

平成 2 6 年 3 月 2 7 日条例第 7 号

注 平成 1 7 年 3 月から改正経過を注記した。

(目的)

第 1 条 この条例は、乳幼児を養育している者に対し、乳幼児に係る医療費の一部を助成することにより、乳幼児の保健の向上と健やかな育成を図り、もって子育ての支援に資することを目的とする。

(用語の定義)

第 2 条 この条例において「乳幼児」とは、6 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日までの間にある者をいう。

2 この条例において「乳幼児を養育している者」とは、次のいずれかに該当する者をいう。

(1) 乳幼児を監護し、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乳幼児を監護し、かつ、その生計を維持する者

3 前項第1号の場合において、父及び母がともに乳幼児を監護し、かつ、これと生計を同じくするときは、当該乳幼児は、当該父又は母のうちいずれか当該乳幼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。

4 この条例にいう「父」には、母が、乳幼児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。

(資格要件)

第3条 この条例により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、町田市の区域内に住所を有する乳幼児を養育している者であって、その者が養育する乳幼児の疾病又は負傷について、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）その他町田市規則（以下「規則」という。）で定める法令（以下「社会保険各法」という。）の規定により医療に関する給付が行われる者とする。

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乳幼児を養育している者は、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者

(2) 規則で定める施設に入所している者

(3) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の3第8項に規定する小規模住居型児童養育事業を行う者又は同法第6条の4第1項に規定する里親に委託されている者

(平17条例11・平21条例19・平23条例44・一部改正)

第4条 削除

(平20条例13)

(医療証の交付)

第5条 医療費の助成を受けようとする者は、養育する乳幼児について、市長に申請

し、規則で定めるところにより、この条例による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。

(助成の範囲)

第6条 町田市は、乳幼児の疾病又は負傷について国民健康保険法又は社会保険各法の規定により医療に関する給付が行われた場合における医療費（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法によって算定された額（当該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）を超える額を除く。）のうち、当該法令の規定によって乳幼児に係る国民健康保険法による世帯主又は社会保険各法による被保険者その他これに準ずるものが負担すべき額（病院又は診療所への入院及びその療養と併せて食事の提供たる療養（以下「入院時食事療養」という。）を受けた場合については、当該法令の規定により負担すべき入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額に相当する額（以下単に「食事療養標準負担額」という。）を除く。）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。

(平成20条例13・一部改正)

(医療費の助成)

第7条 医療費の助成は、医療証の交付を受けた対象者が、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、病院、診療所若しくは薬局又はその他の者（以下「病院等」という。）に対して、助成する額を当該病院等に支払うことによって行う。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特別の理由があると認めるときは、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。

(食事療養標準負担額の支払方法)

第7条の2 前条第1項に規定する方法により医療費の助成を受ける対象者は、入院時食事療養を受けた場合に限り、第6条第1項に規定する食事療養標準負担額を、

厚生労働省令の規定の例により病院又は診療所に支払うものとする。

(平 2 0 条例 1 3 ・ 一部改正)

(届出義務)

第 8 条 対象者は、第 5 条の規定により申請した事項に変更が生じたときは、その旨を速やかに市長に届け出なければならない。

2 医療証の交付を受けた対象者は、現況について、規則で定めるところにより毎年、現況届を市長に提出しなければならない。

3 対象者は、医療費の助成事由が第三者の行為によって生じた場合において当該助成事由に係る医療費の助成を受けたときは、その事実、当該第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を、規則で定めるところにより、遅滞なく市長に届け出なければならない。ただし、同一の事由について、対象者が既に届け出ている場合は、この限りでない。

(平 2 6 条例 7 ・ 一部改正)

(譲渡又は担保の禁止)

第 9 条 対象者は、この条例による医療費の助成を受ける権利を、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(損害賠償の請求権の譲渡)

第 9 条の 2 対象者は、医療費の助成事由が第三者の行為によって生じた場合において当該助成事由に係る医療費の助成を受けたときは、規則で定めるところにより、その助成の額の限度において、対象者が当該助成事由に係る第三者に対して有する損害賠償の請求権を町田市に譲渡するものとする。

2 対象者は、前項の規定により第三者に対して有する損害賠償の請求権を譲渡した場合は、規則で定めるところにより、当該第三者にその旨を遅滞なく通知しなければならない。

(平 2 6 条例 7 ・ 追加)

(助成費の返還等)

第10条 市長は、医療費の助成を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、その者から当該助成を受けた額の全部又は一部（第2号から第4号までのいずれかに該当する場合にあっては、第三者の行為によって生じた疾病又は負傷に係る医療費の助成の額を限度とする。）を返還させることができる。

(1) 偽りその他不正の行為によって、医療費の助成を受けたとき。

(2) 第8条第3項の規定に違反して、同項の規定による届出を行わなかったとき。

(3) 前条第1項の規定に違反して、損害賠償の請求権を譲渡しなかったとき。

(4) 前条第2項の規定に違反して、損害賠償の請求権を譲渡した旨の通知を行わなかったとき。

2 医療費の助成事由が第三者の行為によって生じた場合において、対象者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、市長は、その額の限度において、医療費の助成を行わず、又は助成した医療費を返還させることができる。

(平成26条例7・全改)

(委任)

第11条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

1 この条例は、平成6年1月1日から施行する。

2 この条例を施行するために必要な医療証の交付申請の受付、医療証の交付その他の準備行為は、施行日前に行うことができる。

附 則（平成10年6月30日条例第18号）

この条例は、平成10年10月1日から施行する。

附 則（平成11年9月30日条例第30号）

この条例は、平成12年1月1日から施行する。

附 則（平成12年3月31日条例第29号）

(施行期日)

- 1 この条例は、平成12年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この条例による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例の規定は、平成12年10月1日以後における療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則 (平成13年3月30日条例第4号)

この条例は、公布の日から施行し、平成13年1月6日から適用する。

附 則 (平成13年6月27日条例第23号)

この条例は、平成13年10月1日から施行する。

附 則 (平成14年9月30日条例第40号)

この条例は、平成14年10月1日から施行する。

附 則 (平成17年3月31日条例第11号)

(施行期日等)

- 1 この条例は、公布の日から施行する。ただし、第4条第3項の改正規定は、平成17年10月1日から施行する。
- 2 この条例による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例第3条第2項第3号の規定は、平成17年1月1日から適用する。

附 則 (平成20年3月31日条例第13号)

(施行期日)

- 1 この条例は、公布の日から施行する。ただし、第4条の改正規定は、平成20年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 平成20年10月1日以前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則 (平成21年6月26日条例第19号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の町田市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例及び町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例の規定は、平成21年4月1日から適用する。

附 則（平成23年12月28日条例第44号）

この条例は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日から施行する。

（1） 略

（2） 第1条の規定、第3条の規定、第5条から第7条までの規定、第9条の規定、第10条の規定（町田市障がい者福祉センター条例第3条第1号の改正規定を除く。）、第11条の規定、第12条の規定（町田市通所療育施設条例第3条の改正規定を除く。）及び第14条から第17条までの規定 平成24年4月1日

附 則（平成26年3月27日条例第7号）

（施行期日）

1 この条例は、平成26年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この条例による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例の規定は、平成26年4月1日以後に行われる療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

○町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則

平成5年9月30日

規則第31号

子ども生活部子ども総務課

改正 平成6年3月31日規則第5号

平成7年9月18日規則第49号

平成8年9月17日規則第47号

平成9年6月20日規則第27号

平成9年12月26日規則第60号

平成10年3月11日規則第11号

平成10年4月1日規則第24号

平成10年9月30日規則第53号

平成11年9月7日規則第56号

平成12年9月29日規則第100号

平成13年9月17日規則第41号

平成14年9月30日規則第56号

平成15年3月31日規則第16号

平成17年3月31日規則第24号

平成17年9月27日規則第70号

平成18年9月29日規則第67号

平成19年3月30日規則第33号

平成19年9月28日規則第50号

平成20年3月31日規則第45号

平成24年9月28日規則第80号

平成26年3月27日規則第12号

注 平成15年3月から改正経過を注記した。



(趣旨)

第1条 この規則は、町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例（平成5年9月町田市条例第27号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(条例第3条第1項の町田市規則で定める法令)

第3条 条例第3条第1項に規定する町田市規則（以下「規則」という。）で定める法令は、次に掲げるとおりとする。

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

(条例第3条第2項第2号の規則で定める施設)

第4条 条例第3条第2項第2号に規定する規則で定める施設は、条例第6条に規定する乳幼児に係る国民健康保険法（昭和33年法律第192号）による世帯主若しくは社会保険各法による被保険者その他これに準ずる者が負担すべき額を、国又は地方公共団体において負担している施設（通所により利用する施設を除く。）をいう。

2 条例第3条第2項第2号の規定は、同号に規定する者が児童福祉法（昭和22年法律第164号）その他の法令による措置によらずに同号に規定する施設に入所している場合には、適用しない。

(平18規則67・全改、平24規則80・一部改正)

第5条から第7条まで 削除

(平20規則45)

(医療証の交付申請)

第8条 条例第5条に規定する申請は、医療証交付申請書兼現況届（第1号様式）

に、次に掲げる書類を添付して行わなければならない。

(1) 国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者若しくは被扶養者であることを証する書類

(2) 乳幼児を養育していることを明らかにすることができる書類

(3) 対象者及び配偶者の前年の所得（1月から9月までの場合は前々年の所得とする。）の状況を証する書類

2 前項の規定にかかわらず、児童手当法（昭和46年法律第73号）による児童手当の支給を受けている者（以下「児童手当受給者」という。）が、児童手当認定通知書又は児童手当支払決定通知書を提示するときは、前項第2号及び第3号の書類の添付を省略することができる。

3 市長は、条例第5条に規定する申請があった場合において、条例第3条に規定する対象者（以下「対象者」という。）と決定したときは、医療証（第2号様式）を交付し、対象者でないと決定したときは、医療証交付申請却下決定通知書（第3号様式）により通知する。

(平24規則80・一部改正)

(医療証の有効期間)

第9条 医療証の有効期間の始期は、条例第3条の規定（以下「資格要件」とい

う。）に該当するに至った日からとする。ただし、条例第5条に規定する申請を資格要件に該当するに至った日の翌日から起算して61日以後に行ったときは、当該申請を行った日の属する月の初日を有効期間の始期とする。

2 医療証の有効期限は、毎年9月30日までとし、10月1日に更新する。

3 前2項に規定する有効期間内に、対象者が資格要件に該当しなくなったときは、前項の規定にかかわらず、資格要件に該当しなくなった日を有効期限とする。

(平20規則45・一部改正)

(医療証の返還)

第10条 対象者は、資格要件に該当しなくなったときは、速やかに医療証を市長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第11条 対象者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、医療証再交付申請書(第4号様式)により市長に医療証の再交付を申請することができる。

2 対象者は、医療証を破り、又は汚したときは、前項に規定する申請書に当該医療証を添付しなければならない。

3 対象者は、医療証の再交付を受けた後において、失った医療証を発見したときは、速やかに発見した医療証を市長に返還しなければならない。

(助成の方法の特例)

第12条 条例第7条第2項に規定する特別の理由とは、次の各号の一に該当する場合をいう。

(1) 国民健康保険法又は社会保険各法により乳幼児に係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) 前号に定める場合のほか、市長が特別に認めたとき。

2 条例第7条第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、医療助成費支給申請書(第5号様式)に条例第7条に規定する病院等の発行する領収書を添付し、市長に申請しなければならない。

3 第1項第1号の場合においては、前項に規定する申請には、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、町田市が国民健康保険法による保険者として乳幼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、この限りでない。

(届出)

第13条 条例第8条第1項に規定する届出は、申請事項変更(消滅)届(第6号様式)に医療証を添付して行わなければならない。

- 2 条例第8条第2項に規定する規則で定める届出は、医療証交付申請書兼現況届に第8条第1項各号に掲げる書類を添付して行わなければならない。ただし、児童手当受給者が児童手当認定通知書又は児童手当支払決定通知書を提示するときは、書類の添付を省略することができる。
- 3 前項の規定にかかわらず、公簿等により条例第8条第2項に規定する現況を確認することができるときは、同項の規定による届出があったものとみなす。
- 4 条例第8条第3項の規則で定める届出は、第三者行為による傷病届（第7号様式）により行わなければならない。

（平17規則24・平24規則80・平26規則12・一部改正）

（受給資格消滅の通知）

第14条 市長は、対象者が資格要件に該当しなくなつたと認めたときは、受給資格消滅通知書（第8号様式）により、当該対象者であつたものに通知する。ただし、対象者が死亡した場合は、この限りでない。

（損害賠償の請求権の譲渡）

第15条 条例第9条の2第1項の規則で定める損害賠償の請求権の譲渡は、乳幼児医療費助成制度に係る債権譲渡について（第9号様式）を市長に提出することにより行わなければならない。

- 2 条例第9条の2第2項の規則で定める通知は、債権譲渡通知書（第10号様式）により行うものとする。

（平26規則12・追加）

（添付書類の省略）

第16条 市長は、この規則の規定により申請書又は届出書に添付しなければならない書類により証明すべき事実を、公簿等により確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

（平26規則12・旧第15条繰下）

（補則）

第 17 条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

(平成 6 規則 12・旧第 16 条繰下)

附 則

この規則は、平成 6 年 1 月 1 日から施行する。ただし、第 8 条、第 11 条及び第 13 条第 1 項の規定は、公布の日から施行する。

附 則 (平成 6 年 3 月 31 日規則第 5 号)

- 1 この規則は、平成 6 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 平成 6 年 9 月以前の所得の額の計算方法については、なお従前の例による。

附 則 (平成 7 年 9 月 18 日規則第 49 号)

- 1 この規則は、平成 7 年 10 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行日の前日において、現に町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例 (平成 5 年 9 月町田市条例第 27 号。以下「条例」という。) 第 3 条に規定する対象者と決定されていた者 (この規則の施行日以降、条例第 3 条第 2 項の規定により、受給資格が消滅した者を除く。) に関する条例第 4 条第 1 項に規定する規則で定める額の適用については、この規則の施行日の前日に同対象者が養育している乳幼児が 3 歳に達する日の属する月の末日までの間は、改正後の第 5 条中「327 万 8,000 円」とあるのは「363 万円」とする。

附 則 (平成 8 年 9 月 17 日規則第 47 号)

この規則は、平成 8 年 10 月 1 日から施行する。

附 則 (平成 9 年 6 月 20 日規則第 27 号)

この規則は、公布の日から施行し、平成 9 年 4 月 1 日から適用する。

附 則 (平成 9 年 12 月 26 日規則第 60 号)

この規則は、平成 10 年 4 月 1 日から施行する。

附 則 (平成 10 年 3 月 11 日規則第 11 号)

この規則は、公布の日から施行し、平成 10 年 1 月 1 日から適用する。

附 則 (平成 10 年 4 月 1 日規則第 24 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成１０年９月３０日規則第５３号）

この規則は、平成１０年１０月１日から施行する。

附 則（平成１１年９月７日規則第５６号）

この規則は、平成１１年１０月１日から施行する。

附 則（平成１２年９月２９日規則第１００号）

（施行期日）

１ この規則は、平成１２年１０月１日から施行する。

（経過措置）

２ この規則による改正前の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の様式で、この規則の施行の際、現に残存するものは、所要の修正を加えなお使用することができる。

附 則（平成１３年９月１７日規則第４１号）

この規則は、平成１３年１０月１日から施行する。

附 則（平成１４年９月３０日規則第５６号）

この規則は、平成１４年１０月１日から施行する。ただし、第６条の改正規定及び第７条第１項の改正規定中「条例第４条第２項」を「条例第４条第４項」に改める部分は、公布の日から施行する。

附 則（平成１５年３月３１日規則第１６号）

この規則は、平成１５年４月１日から施行する。

附 則（平成１７年３月３１日規則第２４号）

この規則は、平成１７年４月１日から施行する。

附 則（平成１７年９月２７日規則第７０号）

（施行期日）

１ この規則は、平成１７年１０月１日から施行する。

（経過措置）

2 平成17年9月30日以前の所得の額の計算方法については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際、この規則による改正前の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則第1号様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成18年9月29日規則第67号）

（施行期日）

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則第5条及び第7条の規定は、平成18年10月1日以後の療養に係る医療費の助成について適用し、同年9月30日以前の療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際、この規則による改正前の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則第1号様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成19年3月30日規則第33号）

（施行期日）

1 この規則は、平成19年4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第2号様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成19年9月28日規則第50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31日規則第45号）

（施行期日）

1 この規則は、平成20年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成20年10月1日以後における療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成24年9月28日規則第80号）

(施行期日)

1 この規則は、平成24年10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町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則第1号様式及び第2号様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成26年3月27日規則第12号）

(施行期日)

1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成26年4月1日以後に行われる療養に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。



第1号様式(第8条・第13条関係)

(表面)

④乳幼児医療費助成制度  
医療証交付申請書兼現況届

町田市長様

年 月 日

下記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

①申請者  
(ふりがな)氏名  
性別男・女  
生年月日・  
住所  
電話番号( )  
配偶者の有無有・無

②助成対象乳幼児  
氏名続柄生年月日同居別の別  
住所  
監護の有無  
生計関係  
※助成対象乳幼児○印

③所得の状況  
年分所得額円  
譲渡所得有・無  
児童手当の受給状況  
年 月

④扶養親族等及び乳幼児の数  
うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数人  
生活保護の受給状況  
心身障害者医療費助成  
ひとり親家庭等医療費助成

⑤加入保険の状況  
保険の種類1国保2組合3協会4日雇5船員6共済  
被保険者等氏名  
被保険者記号番号  
保険者所在地  
付加給付の有無

※裏面の注意をよく読んでから記入してください。字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。記名押印に代えて、署名することができます。

市記入欄

所得の合計額年分円

控除  
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  
寡婦・寡夫・勤労学生  
児童手当法施行令第3条第1項による控除

健康保険証  
[提示 公簿確認]

(裏面)

〔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、乳幼児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) 「乳幼児の状況」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。)する乳幼児について、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、乳幼児が申請者自身の子である場合で、申請者がその乳幼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、乳幼児が申請者自身の子でない場合で、申請者がその乳幼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

「所得の状況」の欄は、1月から9月までは申請者の前々年、10月から12月までは申請者の前年の所得についての市町村民税又は特別区民税の総所得金額、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、長期譲渡所得金額、短期譲渡所得金額、先物取引に係る雑所得等の金額並びに租税条例等の実施に伴う条約適用利子等の額及び条約適用配当等の額の合計額から8万円を控除した額を記入してください。

なお、市町村民税又は特別区民税で雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、障害者控除、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。

4 ④の欄

「扶養親族等及び乳幼児の数」の欄は、市町村民税又は特別区民税における控除対象配偶者及び扶養親族の合計数と、このうち老人控除対象配偶者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又は特別区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乳幼児があった場合は、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。

5 ⑤の欄

「保険の種類」は、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、「協会」は全国健康保険協会管掌健康保険、「日雇」は日雇特例被保険者、「船員」は船員保険、「共済」は国家公務員共済、地方公務員等共済、私立学校教職員共済の略です。

6 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乳幼児の健康保険証
- (2) 申請者と生計を同じくする者が他の市町村(特別区を含みます。以下同様です。)に住所を有する場合は、その者の属する世帯の全員の住民票の写し(続柄表示のあるもの)
- (3) 乳幼児のうちに申請者自身の子でない乳幼児がある場合は、父母とその乳幼児との養育関係及び申請者とその乳幼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9月までは、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又は特別区民税における控除対象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) 「4」の後段に該当する乳幼児があった場合は、その事実を明らかにすることができる書類
- (6) 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)～(5)の書類は必要ありません。)

7 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2号様式(第8条関係)

(表面)

|                                                                                      |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|--|--|--|--|--|-----|--|
| 乳 児 医 療 証                                                                            |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
| 負 担 者 番 号                                                                            |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
| 受 給 者 番 号                                                                            |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
| 乳 幼 児                                                                                | 氏 名     |                          |  |  |  |  |  | 男・女 |  |
|                                                                                      | 生 年 月 日 | 平成 年 月 日生                |  |  |  |  |  |     |  |
| 保 護 者                                                                                | 住 所     | 〒                        |  |  |  |  |  |     |  |
|                                                                                      |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
|                                                                                      | 氏 名     |                          |  |  |  |  |  |     |  |
| 有 効 期 間                                                                              |         | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで |  |  |  |  |  |     |  |
| 上記の者は、町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例により<br>医療費の一部を町田市が助成するものであることを証明する。<br><div>東京都町田市長 印</div> |         |                          |  |  |  |  |  |     |  |
| 交 付 年 月 日                                                                            |         | 平成 年 月 日                 |  |  |  |  |  |     |  |

(裏面)

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 御 注 意                                                                                   |  |
| 1 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、診療所、薬局(以下「病院等」という。)の窓口へ提出してください。             |  |
| 2 入院の場合は、食事療養標準負担額をお支払いください。                                                            |  |
| 3 高額療養費が支給される場合は、限度額適用認定証等を提示してください。                                                    |  |
| 4 この証は、都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。                                             |  |
| 5 都外やこの制度による診療を取り扱わない病院等で受診するときは、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分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。 |  |
| 6 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。                                       |  |
| 7 氏名、住所、加入医療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。                                       |  |
| 8 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。                                          |  |
| 9 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                                                                                  |  |

第3号様式(第8条関係)

|     |   |
|-----|---|
| 〒   |   |
| 町田市 |   |
|     |   |
|     | 様 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 町 | 第 | 号 |
| 年 | 月 | 日 |

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請却下決定通知書

|      |   |
|------|---|
| 町田市長 | 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、下記の理由で乳幼児医療費助成制度の対象者となりませんので通知いたします。

記

|       |   |
|-------|---|
| 乳幼児氏名 | 様 |
|-------|---|

却 下 理 由

- 1 この決定に異議がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、書面で町田市長に対して異議申立て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60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申立てをすることができなくなります。)
- 2 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箇月以内に、町田市を被告として(訴訟において町田市を代表する者は町田市長となります。)、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箇月以内であっても、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の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第4号様式(第11条関係)

乳幼児医療費助成制度医療証再交付申請書

年 月 日

町田市長 様

申請者 住 所  
氏 名 印

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

|             |      |       |   |   |   |  |  |  |  |
|-------------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|
| 負担者番号       |      | 8     | 8 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| 受給者番号       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |
| 乳<br>幼<br>児 | 氏 名  |       |   |   |   |  |  |  |  |
|             | 生年月日 | 年 月 日 |   |   |   |  |  |  |  |

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(具体的に書いてください。)

記名押印に代えて、署名することができます。

第5号様式(第12条関係)

乳幼児医療助成費支給申請書

|                                                                                                         |  |                                  |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|---|---|---|------------|---|-----|---|--------|---------------|--|-----------|----|--|-------|--|
|                                                                                                         |  |                                  |   |   |   |            |   |     |   | 受付番号   |               |  |           |    |  |       |  |
| 負担者番号                                                                                                   |  | 8                                | 8 | 1 | 3 | 8          | 3 | 2   | 6 | 加入健康保険 | 被保険者<br>(世帯主) |  | 続柄<br>( ) |    |  |       |  |
| 受給者番号                                                                                                   |  |                                  |   |   |   |            |   |     |   |        | 記号            |  | 番号        |    |  |       |  |
| 乳幼児氏名                                                                                                   |  |                                  |   |   |   |            |   |     |   |        | 記号            |  | 番号        |    |  |       |  |
| 生年月日                                                                                                    |  | 年 月 日生                           |   |   |   |            |   |     |   |        | 保険者           |  | 番号<br>名称  |    |  |       |  |
| 病院等の名称                                                                                                  |  | ( 科)                             |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
| 申請の種類                                                                                                   |  | 1医科 2歯科 3薬剤 4看護 5移送 6補装具 7その他( ) |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
| 入院外来の別                                                                                                  |  | 1入院 2外来                          |   |   |   | 支給申請額      |   | 円   |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
| 診療等を受けた期間                                                                                               |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>(診療実日数 日)  |   |   |   | 支給決定額      |   | ※ 円 |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
|                                                                                                         |  | 支給額は下記の口座に振り込んでください。             |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
| 振込先金融機関                                                                                                 |  | 銀行・信金・農協                         |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           | 支店 |  | 普通・当座 |  |
| 口座番号                                                                                                    |  |                                  |   |   |   | 口座名義(カタカナ) |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |
| 上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。<br>年 月 日<br>町田市長様<br><div>申請者 住所<br/>氏 名 印<br/>☎ ( ) 乳幼児との続柄( )</div> |  |                                  |   |   |   |            |   |     |   |        |               |  |           |    |  |       |  |

- (注意) 1 ※欄は記入しないでください。  
2 番号をつけてある欄は該当の番号を○で囲んでください。  
3 領収書を添付の上申請してください。  
4 加入健康保険より付加給付のある場合は申し出てください。  
5 記名押印に代えて、署名することができます。

第6号様式(第13条関係)

乳幼児医療費助成制度申請事項変更(消滅)届

|                                                   |            |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|---------------------------------------------------|------------|--------|-------|------------|---|---|----|---|----|-----|----|----|----|
| 医療証番号                                             |            | 負担者番号  | 8     | 8          | 1 | 3 | 8  | 3 | 2  | 6   | 受付 | 交付 | 回収 |
|                                                   |            | 受給者番号  |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 変更の場<br>合                                         | 1氏名        | 新氏名    |       |            |   |   |    |   |    | 旧氏名 |    |    |    |
|                                                   | 2住所        | 新住所    |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   |            | 旧住所    |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 3保険        | 被保険者氏名 |       | 乳幼児との続柄( ) |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   |            | 被保険者番号 |       | 記号         |   |   |    |   | 番号 |     |    |    |    |
|                                                   |            | 保険者    | 番号    |            |   |   | 名称 |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 4その他       |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 変 更 年 月 日                                         |            | 年 月 日  |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 消滅の場<br>合                                         | 1転出 転出先( ) |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 2生活保護受給    |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 3死亡 氏名( )  |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 4その他       |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
|                                                   | 消 滅 年 月 日  |        | 年 月 日 |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の申請事項が変更<br>受給資格が消滅 しましたので届出します。 |            |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 年 月 日<br>町田市長様                                    |            |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |
| 申請者 住 所<br>氏 名 印<br>乳幼児との続柄( )                    |            |        |       |            |   |   |    |   |    |     |    |    |    |

記名押印に代えて、署名することができます。

第7号様式(第13条関係)

③第三者行為による傷病届

|                            |           |       |            |  |  |  |  |  |  |   |          |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------|-------|------------|--|--|--|--|--|--|---|----------|------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| 対象<br>乳幼児<br>(被害者)         | 負担者番号     |       |            |  |  |  |  |  |  |   | 加入保険者名   |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            | 受給者番号     |       |            |  |  |  |  |  |  | / | 保険者番号    |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名       |       | ( 年 月 日生)  |  |  |  |  |  |  |   | 被保険者名    |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            |           |       |            |  |  |  |  |  |  |   | 被保険者記号番号 |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
| 第三者<br>行 為<br>(事 故)<br>の状況 | 発生日時      |       |            |  |  |  |  |  |  |   | 発生場所     |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            | 原因及び被害の状況 |       |            |  |  |  |  |  |  |   |          |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
| 第三者<br>(加害者)               | 住 所       |       |            |  |  |  |  |  |  |   |          |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名       |       |            |  |  |  |  |  |  |   | 電話番号     |      | ( ) |     |  |  |  |  |  |  |
|                            | 交通事故の場合   | 自賠責保険 | 保 険<br>会社名 |  |  |  |  |  |  |   |          | 電話番号 |     | ( ) |  |  |  |  |  |  |
|                            |           |       | 所在地        |  |  |  |  |  |  |   |          |      |     |     |  |  |  |  |  |  |
|                            |           | 任意保険  | 保 険<br>会社名 |  |  |  |  |  |  |   |          | 電話番号 |     | ( ) |  |  |  |  |  |  |
|                            |           |       | 所在地        |  |  |  |  |  |  |   |          |      |     |     |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。

年 月 日

町田市長 様

対象者(対象乳幼児の保護者) { 郵便番号 電話番号 ( )  
住 所  
氏 名

印



第8号様式(第14条関係)

|                                      |
|--------------------------------------|
| 〒<br>町田市<br>_____<br>_____<br>_____様 |
|--------------------------------------|

町 第 号  
年 月 日

乳幼児医療費助成制度受給資格消滅通知書

町田市長 印

次のとおり、乳幼児医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので通知いたします。

- 1 乳幼児氏名 \_\_\_\_\_ 様
- 2 消滅年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 3 消滅理由 \_\_\_\_\_

- 1 この決定に異議がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、書面で町田市長に対して異議申立て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60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申立てをすることができなくなります。)
- 2 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箇月以内に、町田市を被告として(訴訟において町田市を代表する者は町田市長となります。)、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箇月以内であっても、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の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第9号様式(第15条関係)

㊦乳幼児医療費助成制度に係る債権譲渡について

町田市長 様 年 月 日

対象者(対象乳幼児の保護者) { 郵便番号 電話番号 ( )  
住 所  
氏 名 印  
( 年 月 日生)

町田市乳幼児の医療費の助成に関する条例第9条の2第1項の規定により、第三者の行為に係る医療費について町田市から助成を受けた額の限度において、私が加害者に対して有する下記損害賠償請求権を町田市に譲渡します。

記

|                |                  |       |               |             |      |     |
|----------------|------------------|-------|---------------|-------------|------|-----|
| 譲渡<br>する<br>債権 | 対象乳幼児<br>(被害者)   |       | 氏 名 ( 年 月 日生) |             |      |     |
|                | 債権額              |       | 金 円           |             |      |     |
|                | 事 故<br>発生日時      |       |               | 事 故<br>発生場所 |      |     |
|                | 原 因 及 び<br>被害の状況 |       |               |             |      |     |
| 債務者<br>(加害者)   | 住 所              |       |               |             |      |     |
|                | 氏 名              |       |               |             | 電話番号 | ( ) |
|                | 交通事故の場合          | 自賠責保険 | 保 険<br>会社名    |             | 電話番号 | ( ) |
|                |                  |       | 所在地           |             |      |     |
|                |                  | 任意保険  | 保 険<br>会社名    |             | 電話番号 | ( ) |
|                |                  |       | 所在地           |             |      |     |

第10号様式(第15条関係)

債権譲渡通知書

年 月 日

様

譲渡人 住所  
氏名 印

私があなたに対して有する下記の債権を譲渡しましたので通知します。

記

- 1 債権額 金 円
- 2 債権発生の原因である事実
- 3 譲渡日 年 月 日
- 4 譲受人 町田市

(住所)東京都町田市森野二丁目2番22号

第1号様式（第8条・第13条関係）

（平24規則80・全改）

第2号様式（第8条関係）

（平24規則80・全改）

第3号様式（第8条関係）

（平17規則24・全改）

第4号様式（第11条関係）

（平17規則24・全改）

第5号様式（第12条関係）

第6号様式（第13条関係）

第7号様式（第13条関係）

（平26規則12・全改）

第8号様式（第14条関係）

（平17規則24・全改）

第9号様式（第15条関係）

（平26規則12・追加）

第10号様式（第15条関係）

（平26規則12・追加）