




つくばみらい市規則第23号

つくばみらい市医療福祉費支給に関する条例施行規則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和 4 年 7 月 29 日

つくばみらい市長 

つくばみらい市医療福祉費支給に関する条例施行規則の一部を改正する規則

つくばみらい市医療福祉費支給に関する条例施行規則（平成18年つくばみらい市規則第45号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第4号まで及び様式第8号を次のように改める。

様式第2号(第4条関係)

(表)

福 医療福祉費受給者証

公費負担者番号							
受給者番号							
受給者	住所	茨城県つくばみらい市					
	氏名	-----					
	生年月日	年	月	日	年	月	日
有効期間	年	月	日	年	月	日	日
発行及び	機関名	茨城県 つくばみらい市					
交付年月日	年月日	年	月	日	年	月	日

(裏)

注意事項	<p>1 この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。</p> <p>2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、付加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。</p> <p>3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所に届け出てください。</p> <p>4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡又はこの証の有効期間を経過したときは、すみやかにつくばみらい市役所へ返還してください。</p> <p>5 その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。</p>
------	--

(表)

㊦ 妊産婦医療福祉費受給者証									
◎この証は、原則として産科・婦人科を標榜する医療機関を受診するときのみ有効です。									
公費負担者番号									
受給者番号									
住所									
受給者氏名									
生年月日	年	月	日						
有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	(出産予定日 翌月末日)
発行機関名及び印	茨城県 つくばみらい市								
交付年月日	年	月	日						

(裏)

注意事項	
1	この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
2	医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。
3	加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所へ届け出てください。
4	生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかにつくばみらい市役所へ返還してください。
5	その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。
◎ 妊娠の継続と安全な出産のために他診療科等の検査、診断、治療を要する場合は、産科・婦人科を標榜する医療機関から紹介がある場合は対象となります。	

様式第3号(第5条関係)

医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者	
			氏名	年 月 日生
再交付申請 の理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 ()			
<p>誓 約 書</p> <p>受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、つくばみらい市に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p>受給者（又は保護者）</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (受給者又は 氏名 保護者等)</p>				

様式第4号(第6条関係)

㊦ 医療福祉費支給申請書									
㊦ 受給者証 記号番号					受給者氏名				
保険者名及び 被保険者証 記号番号					生年月日		年 月 日		
医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名									
医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コ ルセット その他()	医療等 を受け た期間	年 月 日から 年 月 日まで						
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)									円
<p>上記のとおり、医療費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者(受給者又は保護者)</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">TEL</p>									
<p>《口座振替依頼書》 医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。</p> <p style="text-align: center;">種別</p> <p>口座番号 口座名義人</p>									
<p>(注) 1. 添付書類</p> <p>①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書</p> <p>②高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書</p> <p>2. 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。</p> <p>3. ※欄は、市町村で記入します。</p>									

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	
		円	① 円	② 円
控 除 額 内 訳			円	附加給付額 円
	他法公費負担額		円	その他 円
	高額療養費		円	控除額計 ④ 円
交付決定額		①+②+③-④ 円		

様式第8号(第11条関係)

第三者の行為による被害届

被害者	公費負担者番号		氏名		生年月日	
	受給者番号				年月日	
加害者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
加害者の使用者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
その事故の日時及び場所	午前 年月日 午後 時 分頃 場所					
発病の原因又は負傷時の状況						
疾病又は負傷の程度				治癒までの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
診療を受けた医師名	当初	住所		氏名	電話	
	転医後	住所		氏名	電話	
自動車事故の場合	自動車番号			自動車所有者 住所・氏名	電話	
	自動車損害賠償責任保険契約会社		所在地		証明書の番号	
損害賠償に関する交渉の経過						
示談の有無	有・無(示談があった場合は示談書の写しを添えること。)					
損害賠償金の額				左の金額の受領 (見込)年月日	年月日	
上記のとおり届けます。 年月日 つくばみらい市長 様 住所 届出人 氏名						

附 則

この規則は、令和4年10月1日から施行する。

つくばみらい市医療福祉費支給に関する条例施行規則(平成18年つくばみらい市規則第45号)新旧対照表

改正案	現行
<p>様式第1号 <u>(別紙)</u> 様式第2号 <u>(別紙)</u> 様式第2号の2 <u>(別紙)</u> 様式第3号 <u>(別紙)</u> 様式第4号 <u>(別紙)</u> 様式第8号 <u>(別紙)</u></p>	<p>様式第1号 <u>(別紙)</u> 様式第2号 <u>(別紙)</u> 様式第2号の2 <u>(別紙)</u> 様式第3号 <u>(別紙)</u> 様式第4号 <u>(別紙)</u> 様式第8号 <u>(別紙)</u></p>

市町村名：つくばみらい市

年度 作成日

住所コード												住所コード		世帯コード		区分		公費負担/受給者番号							
氏名												性別		生年月日		続柄		住所コード		地域		区分			
個人番号 ※申請者記載欄												(宛名番号)		性別		生年月日		続柄		住所コード		地域		区分	
受給者												交付・認定年月日		交付番号		種別		県補助							
配(父・母)												障害認定		等級		障害名		年金証書等記番号		支給開始年月日					
扶養義務者												配偶者		本障特		免除額・災害医療費		控除後の判定所得		非徴		判定額			
被保険者												前年の所得(控除前)		前年の所得(控除後)		雑損		医療費		社保・定額控除		小規模共済		配偶者特別控除	
加入												取得年月日		喪失年月日		被保険者証又は組合員証の記番号		保険種別の内容		保険区分の内容					
医療												退職区分		保険区分		1. 本人 2. 被扶養者		1. 本人 2. 被扶養者		1. 本人 2. 本人 3. 本人 4. 本人					
保険												開始		終了		非課税		年度		8:9:10:11:12:13:14:15:16:17					
保険者名称・所在地												銀行コード		支店コード		口座番号		口座名義人(カナ)		出産予定日		妊産婦届出日			
取得事由												取得年月日		喪失事由		喪失年月日		電話番号		上記のとおり医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請します。		備考			
事由内容												1. 新規 2. 転入 3. 生保該当 4. その他		5. 障害等 6. 死別 7. 高投資在学 8. その他		1. 死亡 2. 転出 3. 生保該当 4. 婚姻		メモ欄1 メモ欄2		申請者住所 氏名		つくばみらい市長殿			
審査												1. 課税台帳 2. 戸籍簿 3. 住民票 4. 国保台帳 5. 国民年金・福祉年金台帳		有・無(代理有・無)		有・無(代理有・無)		有・無							

(表)


福 医療福祉費受給者証

公費負担者番号							
受給者番号							
住所	茨城県つくばみらい市						
氏名	-----						
生年月日	年	月	日	年	月	日	—
有効期間	年	月	日	年	月	日	まで
発行機名	茨城県						
及びび	つくばみらい市						
交付年月日	年	月	日	年	月	日	日

(裏)

注意事項	項
1	この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
2	医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、付加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。
3	加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所に届け出てください。
4	生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡又はこの証の有効期間を経過したときは、すみやかにつくばみらい市役所へ返還してください。
5	その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。

(表)

㊦ 妊産婦医療福祉費受給者証 ◎この証は、原則として産科・婦人科を標榜する医療機関を受診するときのみ有効です。									
公費負担者番号									
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名	男 女							
	生年月日	年	月	日	年	月	日	年	月
有効期間	出生日	年	月	日	から	年	月	日	
	出産日の翌末日 (出産予定日)	年	月	日	まで	年	月	日	
発行機関名 及び印	茨城県 つくばみらい市 								
交付年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

(裏)

注意事項

- 1 この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
 - 2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。
 - 3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所へ届け出てください。
 - 4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかにつくばみらい市役所へ返還してください。
 - 5 その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。
- ◎ 妊娠の継続と安全な出産のために他診療科等の検査、診断、治療を要する場合は、産科・婦人科を標榜する医療機関から紹介がある場合は対象となります。

医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者	年 月 日生	男女
			氏名		
再交付申請 の理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他()				
<p>誓 約 書</p> <p>受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、つくばみらい市に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p>受給者(又は保護者)</p>					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (受給者又は 氏名 保護者等)</p>					

㊦ 医療福祉費支給申請書										
㊦ 受給者証 記号番号				受給者氏名	男・女					
保険者名及び 被保険者証 記号番号				生年月日	年 月 日					
医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名										
医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コル セット その他()			医療等 を受け た期間	年 月 日から 年 月 日まで					
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)										円
<p>上記のとおり、医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者(受給者又は保護者)</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 TEL</p>										
<p>《口座振替依頼書》 医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。</p> <p style="text-align: center;">種別</p> <p>口座番号</p> <p style="text-align: center;">口座名義人</p>										
<p>(注) 1. 添付書類</p> <p>①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書</p> <p>②高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書</p> <p>2. 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。</p> <p>3. ※欄は、市町村で記入します。</p>										

※	支	領収書等の金額		患者負担割合金額			
		円	円	円	円	円	円
			①	②	③		
支給内訳	控除額内訳		円	附加給付額		円	
		他法公費負担額	円	その他		円	
		高額療養費	円	控除額計 ④		円	
		交付決定額	①+②+③-④			円	

第三者の行為による被害届

被害者	公費負担者番号		氏名	性別	生年月日	
	受給者番号			男女	年月日	
加害者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
加害者の使用者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
その事故の日時及び場所	午前 年月日 午後 時 分頃 場所					
発病の原因又は負傷時の状況						
疾病又は負傷の程度				治癒までの見込み	入院通院診療費総額	日 日 円
診療を受けた医師名	当初	住所			氏名	電話
	転医後	住所			氏名	電話
自動車事故の場合	自動車番号			自動車所有者住所・氏名	電話	
	自動車損害賠償責任保険契約会社		所在地			証明書の番号
損害賠償に関する交渉の経過						
示談の有無	有・無(示談があった場合は示談書の写しを添えること。)					
損害賠償金の額			左の金額の受領(見込)年月日	年月日		
上記のとおり届けます。 年月日 つくばみらい市長 様 住所 届出人 氏名 ㊟						
(注) 押印は、署名(自筆)の場合には必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。						

市町村名：つくばみらい市

年度 作成日

受給者	氏名	住所コード	所在地	様方	世帯コード
1. 受給者	—	—	—	—	—
2. 配偶者(父・母)	—	—	—	—	—
3. 扶養義務者	—	—	—	—	—
4. 被保険者	—	—	—	—	—
所得控除	雑損	医療費	社保・定額控除	小規模共済	配偶者特別控除
1. 受給者	—	—	—	—	—
2. 配偶者(父・母)	—	—	—	—	—
3. 扶養義務者	—	—	—	—	—
加入	保険者コード	退職区分	被保険者証又は組合員証の記号番号	保険種別の内容	退職区分の内容
1.	—	—	—	1. 協会 2. 組合 3. 日雇 4. 船員 5. 共済 6. 国保 7. 国組 8. 後期	1. 本人 2. 被扶養者
2.	—	—	—	開始 終了	年度 8:9:10:11:12:1:2:3:4:5:6:7
3.	—	—	—	有効期間	非課税
4.	—	—	—	—	—
保険者名称・所在地	支店コード	支店科目	口座番号	口座名義人(カナ)	妊娠届出日
—	—	—	—	—	—
取得事由	取得年月日	喪失事由	喪失年月日	電話番号	備考 上記のとおり医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請します。 年 月 日
1. 新規	—	1. 死亡	—	メモ欄1	
2. 転入	—	2. 転出	—	メモ欄2	
3. 生保非該当	—	3. 生保該当	—	その他の宛名メモ	申請者住所 氏名
4. 離婚	—	4. 婚姻	—	有・無(代理有・無)	つくばみらい市長殿
5. 障害者	—	5. 国民年金・福祉年金台帳	—	有・無(代理有・無)	
6. 死別	—	6. 国民年金・福祉年金台帳	—	有・無(代理有・無)	
7. 高校等在学	—	7. 国民年金・福祉年金台帳	—	有・無(代理有・無)	
8. その他	—	8. その他	—	有・無(代理有・無)	

(表)


④ 医療福祉費受給者証

公費負担者番号									
受給者番号									
受給者	住所	茨城県つくばみらい市							
	氏名	-----							
有効期間	生年月日	年	月	日					
	発及	年	月	日	から	年	月	日	まで
発行機	び	茨城県							
	関名印	つくばみらい市							
交付	年月日	年	月	日					
	年月日	年	月	日					

(裏)

注意事項	<p>1 この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。</p> <p>2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、付加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。</p> <p>3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所に届け出てください。</p> <p>4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡又はこの証の有効期間を経過したときは、すみやかにつくばみらい市役所へ返還してください。</p> <p>5 その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。</p>
------	--

(表)

<p>㊦ 妊産婦医療福祉費受給者証</p> <p>◎この証は、原則として産科・婦人科を標榜する医療機関を受診するときのみ有効です。</p>									
公費負担者番号									
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
生年月日	年	月	日						
有効期間	出生日の翌月末日まで	年	月	日	から				
	(出産予定日	年	月	日)					
発行機関名及び印	茨城県 つくばみらい市								
									
交付年月日	年	月	日						

(裏)

注意事項

- 1 この証は、つくばみらい市医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
 - 2 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書、銀行通帳及び健康保険証を持参してください。
 - 3 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちにつくばみらい市役所へ届け出てください。
 - 4 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかにつくばみらい市役所へ返還してください。
 - 5 その他おわかりにならないことは、つくばみらい市役所窓口でおたずねください。
- ◎ 妊娠の継続と安全な出産のために他診療科等の検査、診断、治療を要する場合は、産科・婦人科を標榜する医療機関から紹介がある場合は対象となります。

医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者	_____
			氏名	年 月 日生
再交付申請 の理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 ()			
<p>誓 約 書</p> <p>受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、つくばみらい市に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p>受給者(又は保護者)</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (受給者又は 氏名 保護者等)</p>				

㊦ 医療福祉費支給申請書							
㊦ 受給者証 記号番号				受給者氏名	_____		
保険者名及び 被保険者証 記号番号				生年月日	年	月	日
医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名							
医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コル セット その他()	医療等 を受け た期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)							円
<p>上記のとおり、医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">つくばみらい市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者(受給者又は保護者)</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 TEL</p>							
<p>《口座振替依頼書》 医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。</p> <p style="text-align: center;">種別</p> <p>口座番号 _____ 口座名義人 _____</p>							
<p>(注) 1. 添付書類</p> <p>①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書</p> <p>②高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書</p> <p>2. 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。</p> <p>3. ※欄は、市町村で記入します。</p>							

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額	患者負担割合金額						
		円	①	円	②	円	③	円
	控 除 額 内 訳			円	附加給付額	円		
		他法公費負担額		円	その他	円		
		高額療養費		円	控除額計 ④	円		
	交付決定額	①+②+③-④					円	

第三者の行為による被害届

被害者	公費負担者番号		氏名		生年月日	
	受給者番号		_____		年月日	
加害者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
加害者の使用者	住所		氏名	年月日生	職業	電話
その事故の日時及び場所		午前 年月日 午後 時 分頃 場所				
発病の原因又は負傷時の状況						
疾病又は負傷の程度				治癒までの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
診療を受けた医師名	当初	住所			氏名	電話
	転医後	住所			氏名	電話
自動車事故の場合	自動車番号			自動車所有者 住所・氏名	電話	
	自動車損害賠償責任保険契約会社		所在地		証明書の番号	
損害賠償に関する交渉の経過						
示談の有無		有・無(示談があった場合は示談書の写しを添えること。)				
損害賠償金の額			左の金額の受領 (見込)年月日		年月日	
上記のとおり届けます。 年月日 つくばみらい市長 様 住所 届出人 氏名 _____						