



つくばみらい市規則第**33**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 **5** 年 **8** 月 **1** 日

つくばみらい市長

山口 謙

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号を次のように改める。

医療福祉費受給者証(交付・更新)申請書(台帳兼用)

84. 小児
86. 妊産婦
88. 重度心身障害者
85. 65歳以上重度心身障害者
87. 父子家庭
88. 母子家庭

90. 小児特別
96. 妊産婦特別

市町村名: つくばみらい市

個人番号 ※申請書記載欄		氏名	年度	作成日	住所コード	番地	様方	世帯コード	区分	公費負担/受給者番号				
1 受給者														
2 扶養義務者														
3 扶養義務者														
4 被扶養者														
所得控除	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	本障 特:他	扶障 特:他	寡老 扶学	免除額・ 災害医療費	控除後の判定所得	非徴	徴判定	判定額
1 受給者														
2 扶養義務者														
3 扶養義務者														
加入	保険者コード	取得年月日	喪失年月日	被保険者等記号・番号	保険種別の内容						退職区分の内容	保険区分の内容		
1					1. 協会 4. 船員 7. 国組 2. 組合 5. 共済 8. 後期 3. 日雇 6. 国保						1. 本人 2. 被扶養者	1. 本人 2. 家族		
2					開始 終了						年度 8:9:10:11:12:1:2:3:4:5:6:7			
3					有最 効新 期間 回						非課税			
4														
口座項目	□マイナンバー等事前登録した公金受取口座を記入。利用しない場合は下記欄を記入。 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	妊娠届出日		
取得	事由	取得年月日	喪失	喪失年月日	その他の宛名メモ							電話番号	備考	
事由内容	1. 新規 2. 転入 3. 生保非該当 4. 離婚	5. 障害等 6. 死別 7. 高校等在学 8. その他	1. 死亡 2. 転出 3. 生保該当 4. 婚姻	8. その他										
審査	1. 課税台帳 2. 戸籍簿 3. 住民票 4. 国保台帳・被保険者証 5. 国民年金・福祉年金台帳										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			
附加	状況										有・無	有・無	有・無	有・無
申請者住所	氏名										つくばみらい市長殿			

様式第4号を次のように改める。

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 被保険者等 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><input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (使用する場合はレ点を記入。利用しない場合は下記に情報を記入。)</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	②	③	
			円	円	円	
	控 除 額 内 訳			円	円	円
		他法公費負担額		円	円	円
	高額療養費		円	円	円	
交付決定額		①+②+③-④			円	

様式第7号を次のように改める。

様式第7号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

受給者証記号番号		受給者氏名	
受給者証記号番号		受給者氏名	
受給者証記号番号		受給者氏名	
届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	ふりがな	ふりがな	
住所			
扶養義務者	対象者との続柄 ()	対象者との続柄 ()	
所得	円	円	
支払口座等	支払区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 支払区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況	学校名等	学校名等	
加入保険の世帯主 被保険者 組合員 加入者	世帯主 被保険者 組合員 加入者	世帯主 被保険者 組合員 加入者	
種別 保険者の名称 所在地	政・組・船・共・国・後期	政・組・船・共・国・後期	
被保険者等 記号・番号			
喪失	喪失理由〔死亡・転出・その他 ()〕		
<p>医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。</p> <p>年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名 電話番号</p>			

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行日前の診療に係る医療福祉費の支給については、なお従前の例による。