

子どもの医療費の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５年５月８日

千葉市長 神 谷 俊 一

千葉県規則第41号

子どもの医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

子どもの医療費の助成に関する条例施行規則（昭和45年千葉県規則第29号）の一部を次のように改正する。

第4条第1項に次の1号を加える。

（3）子ども医療費助成多子世帯申告書（様式第1号の2）（条例第4条第4項の規定による助成を受けようとする場合に限る。）

第4条第2項中「及び第2号」を「から第3号まで」に改める。

第10条第1項中「様式第10号）」の次に「及び子ども医療費助成多子世帯変更届出書（様式第11号）（現に条例第4条第4項の規定による助成を受けている場合に限る。）」を加える。

様式第1号を次のように改める。

様式第 1 号

子ども医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

子ども医療費の助成を受けたいので、受給券の交付について申請します。
また、助成に当たり、千葉市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者との間で負担相
当額について相殺することに同意します。

[illegible]

※課税住所とは市町村民税が賦課されている市町村のことです。

同 意 書

千葉市が子どもの医療費の助成に関する条例に基づく事務処理に必要な範囲内で、私の市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報、生活保護の受給の有無、千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報及び千葉市から児童手当を受給している場合は児童手当法上の児童の資格情報について、公簿等により確認することに同意します。

申請者氏名
(生計中心者)

※ 上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等で確認できない情報がある場合、市町村民税課税証明書等（市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの）の提出が毎年必要になります。

千 葉 市 使 用 欄

- 1 申請理由 ☐ 出生 ・ ☐ 市外転入（ 県内・県外 ） ・ ☐ 更新 ・ ☐ その他
- 2 添付書類 ①子どもの健康保険証の写し ☐ 有 ・ ☐ 不要 ・ ☐ 後日提出
② 年度課税証明書又は非課税証明書 ☐ 有 ・ ☐ 不要 ・ ☐ 後日提出
※ 申請年の1月1日（4月から7月までの申請（受給券の有効期間の始期が申請年度の8月1日となるものを除く。）
の場合は前年の1月1日）に千葉市に住所があり、同意書に同意された方又は個人番号の記載があり上記同意書に同意
された方で、児童手当を千葉市から受給されている方（公務員を除く。）は不要です。
- ③その他（ ）
- 3 児童手当の申請 ☐ 有 ・ ☐ 無 （☐ 公務員 ・ ☐ 千葉市外 ・ ☐ その他（ ））

様式第 1 号の次に次の 1 様式を加える。
様式第 1 号の 2

(表)

子ども医療費助成多子世帯申告書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

この申告書に記載の子等を扶養し、又は養育していることに相違ありません。

申告者 (保護者)	フリガナ				生計中心者以外	フリガナ			
	氏名				配偶者等	氏名			
	住所					住所			
	連絡先電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —			連絡先電子メールアドレス	@			

子等	出生順位	子等氏名	生年月日	保護者の健康保険に加入 (被保険者名)	同居・別居の別	別居の場所の住所
	1		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	2		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	3		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	4		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	5		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	6		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	7		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	
	8		年 月 日	(はい・いいえ)	同居・別居	

同意書

この申告書の内容を確認するために必要な範囲内で、私及び私の属する世帯員の以下の情報を千葉市が公簿等により確認することに同意します。なお、このことについて、私の属する世帯員の同意を得ています。

(1) 住民基本台帳の住民情報及び生活保護の受給の有無

(2) 市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報

(3) 千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報及び千葉市から児童手当を受給している場合は児童手当法上の児童の資格情報

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名(生計中心者) (※)

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名(生計中心者以外) (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※ 上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等により申告書の内容を確認できない場合は、別途扶養状況等が分かる書類の提出が必要になります。

子等の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を裏面に貼り付けてください。

(裏)

【被保険者証（健康保険証）の写し 貼り付け欄】

※表面に記載した子等全員の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を貼り付けてください。
※写しを貼り付ける際は、重ならないように貼っていただくようお願いします。

様式第2号（裏）を次のように改める。

(裏)

注 意 事 項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、整骨院等を含む。）に必ず提示してください（月額上限は同一の医療機関において入院11日、通院6回）。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合又は県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後にお住まいの区で償還払の手続きをしてください。後日、市から助成額をお支払いいたします（手続には領収書が必要です。）。
- また、上記の場合に月額上限を超えて支払っている場合には、1か月分全ての領収書をまとめてお住まいの区へご提出ください。
- 3 千葉県外の国保組合に加入している方で、1か月に自己負担額が を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還払の申請を行ってください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療費に係る医療の給付等の公費負担医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費については、子ども医療費助成制度の助成対象となりません。
- 6 次のような変更があった場合は、速やかにお住まいの区に 届け出てください。
 - (1) 市外へ転出するとき（受給券を添付）。
 - ※転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険を変更したとき（受給券と新しい保険証を添付）。
 - (3) 市内で住所を変更したとき（受給券を添付）。
 - (4) 氏名を変更したとき（受給券を添付）。
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき（受給券と変更事項を証する書類を添付）。
- 7 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は本市による過払が生じた場合には、後日、市から返還請求をさせていただきます。
- 8 お問い合わせ先 お住まいの区の

中央区	花見川区	稲毛区
若葉区	緑区	美浜区

様式第 6 号を次のように改める。
様式第 6 号

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

子ども医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

受 給 者 番 号								領 収 書 枚 数		枚	
領収書の中に、同月・同医療機関で6回以上通院又は11日以上入院していたものがある。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
子 ども	フリガナ							生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名										
	住 所	千葉市 区									
申 請 者 (生計中心者)	フリガナ							生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名										
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象の子どもと同居（ 記入不要 ） <input type="checkbox"/> 対象の子どもと別居（以下に記入）									
	連 絡 先	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —						連絡先電子 メールアドレス	@		
子どもの 加入医療 保険	※千葉市国民健康保険加入者で、次の方法を希望される方は、 <input type="checkbox"/> に「レ」を記入してください。この欄の 記入及び被保険者証の写しの添付を省略できます。 <input type="checkbox"/> 千葉市が保有する国民健康保険の資格情報について、千葉市が調査することに同意します。 ※被保険者証の写しを添付する場合はこの欄の記入を省略できます。										
	名 称										
	保険者番号								認定年月日	年 月 日	
	被保険者名										
	記 号 番 号	記 号							番 号		
振 込 口 座 (生計中心者)	銀 行 信用金庫						店				
	銀行コード						支店コード				
	預 金 種 別	普通・その他 ()						口 座 番 号			
	フリガナ										
	名 義 人										
高 額 な 医 療 費 の 支 払 い の 有 無	該当番号を○で囲んでください。 同一个月内の同一医療機関における21,000円以上（保険診療分）の医療費の支払い 1 無 2 有 (2有の場合のみご記入ください。) ご加入の健康保険組合から高額医療費・附加給付金等の支給の有無 1 無 2 有 (2有の場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等をご提出ください。)										

【添付書類確認欄】 申請に当たっては、次の書類を添付してください。		対象者
<input checked="" type="checkbox"/>	①受給券の写し	全員
	②医療機関が発行する領収書など、保険診療の内容がわかるもの	
	③被保険者証等の写し	該当者のみ
	④高額療養費・附加給付の支給がある場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等	
	⑤他の法令により子どもの医療に関する給付がある場合は、その内容がわかるもの	
	⑥10割負担の領収書又は小児弱視用眼鏡若しくは補装具を作成した場合の領収書をお持ちの場合は、加入保険組合からの支給決定通知書等、加入保険組合からの支給内容がわかるもの	

様式第 7 号中

「

受 給 者 番 号								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

を

」

「

受 給 者 番 号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

に改める。

」

様式第10号を次のように改める。
様式第10号

子ども医療費助成受給券記載事項等変更届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

保護者
氏名
住所 千葉市 区

※必ず記入してください。

(1人目) 受給者番号								連絡先 (携帯電話など日中、平日の連絡先)	-	-
(フリガナ) 子ども氏名								連絡先電子 メールアドレス	@	
生年月日	年 月 日									
(2人目) 受給者番号								(3人目) 受給者番号		
(フリガナ) 子ども氏名								(フリガナ) 子ども氏名		
生年月日	年 月 日							生年月日	年 月 日	

次のとおり変更がありましたので届け出ます。
※変更のある事項にチェックを付け、下記該当欄へ変更箇所のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 保護者 (生計中心者)	<input type="checkbox"/> 子どもの 加入医療保険	<input type="checkbox"/> 市町村民税 課税状況
<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他		

氏 名	フリガナ	変 更 後	変 更 前
	子 ども		
	フリガナ		
	子 ども		
	フリガナ		
	子 ども		
	フリガナ		
	保 護 者		

新 住 所	
-------	--

保 護 者 (生計中心者) 変 更	フリガナ	変 更 後	変 更 前
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	同 意 書		
	千葉市が子どもの医療費の助成に関する条例に基づく事務処理に必要な範囲内で、私の市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報、生活保護の受給の有無、千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報及び千葉市から児童手当を受給している場合は児童手当法上の児童の資格情報について、公簿等により確認することに同意します。		
	個人 番号		保護者氏名 (生計中心者)
			課税住所地※
※ 上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等で確認できない情報がある場合、市町村民税課税証明書等(市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの)の提出が毎年必要になります。			

※課税住所地とは市町村民税が賦課されている市町村のことです。

子どもの 加入医療 保 険	名 称										
	保険者番号									認定年月日	平成 年 月 日
	被保険者名										
	記 号 番 号	記 号							番 号		

市町村民税課税状況 (該当する項目にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 所得割が課税されなくなった。(年度分市民税)
	<input type="checkbox"/> 所得割が課税されるようになった。(年度分市民税)

様式第 1 0 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第 1 1 号

(表)

子ども医療費助成多子世帯変更届出書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

千葉市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則第 1 0 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。
また、この届出書に記載の子等を扶養し、又は養育していることに相違ありません。

届 出 者 (保護者)	生 計 中 心 者	フリガナ		生 計 中 心 者 以 外	フリガナ	
		氏 名			氏 名	
		住 所			住 所	
	連 絡 先 電 話 番 号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —		連絡先電子 メールアドレス	@	
子 等	出生 順位	子等氏名	生年月日	保護者の健康保険に加入 (被保険者名)	同居・別居の 別	別居の場所の住所
	1		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	2		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	3		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	4		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	5		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	6		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	7		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	
	8		年 月 日	はい・いいえ ()	同居・別居	

同意書

この申告書の内容を確認するために必要な範囲内で、私及び私の属する世帯員の以下の情報を千葉市が公簿等により確認することに同意します。なお、このことについて、私の属する世帯員の同意を得ています。

(1) 住民基本台帳の住民情報及び生活保護の受給の有無

(2) 市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報

(3) 千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報及び千葉市から児童手当を受給している場合は児童手当法上の児童の資格情報

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名(生計中心者)(※)

上記の子等を扶養し、又は養育している保護者名(生計中心者以外)(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※上記同意書に同意されない場合や千葉市が公簿等により申告書の内容を確認できない場合は、別途扶養状況等が分かる書類の提出が必要になります。

子等の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を裏面に貼り付けてください。

(裏)

【被保険者証（健康保険証）の写し 貼り付け欄】

※表面に記載した子等**全員**の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）を貼り付けてください。
※写しを貼り付ける際は、重ならないように貼っていただくようお願いします。

附 則

- 1 この規則は、令和 5 年 8 月 1 日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の第 4 条の規定による受給券の交付の手續及びこの規則による改正後の第 1 0 条の規定による受給券の変更の手續は、この規則の施行の日前においても行うことができる。
- 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の様式により調製された用紙は、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。