砂川市規則第２９号
令和　５年１２月２８日

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長　　飯　　澤　　明　　彦

（　別　　紙　）

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市福祉医療費助成条例施行規則（昭和48年規則第11号）の一部を次のように改正する。

別記第１号様式、別記第１号の３様式、別記第１号の４様式及び別記第６号様式を次のように改める。

附　則

この規則は、令和６年２月１日から施行する。

別記第１号様式（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（重度心身障害者）

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　所　砂川市

申請者　氏　名

電　話

対象者との続柄　　本人　・　（　　）

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号					
対象者	ふりがな		住　所	砂川市 ☐ 申請者と同じ	
	氏　名				
	生年月日	年　月　日（　歳）	個人番号		
世帯主	氏　名		住　所		
	対象者との続柄		個人番号		
身体障害者手帳		交付年月日　年　月　日 番　号　第　号	等　級	級	
知的障害	療育手帳	交付年月日　年　月　日 番　号　第　号	判　定	A　・　B	
	判定（診断）	判定年月日　年　月　日 判定機関名	総合判定	重度　・　中度　・　軽度	
精神障害者保健福祉手帳		交付年月日　年　月　日 手帳番号　第　号	等　級	級	
医療保険	被保険者	☐ 本人　☐ 本人以外 本人の場合、氏名等は記入不要	氏名：　対象者との続柄： 個人番号：		
	記号番号		保険者名称		所在地
後期高齢者医療制度		番号		資格取得日	年　月　日
※確認書類		☐ 所得課税情報（　年度）　☐ 医療保険情報　☐ 個人番号カード ☐ 対象者の住民票（市外居住者のみ）　☐ その他（　）			

※決定欄	1　上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。（　月　日／☐ 交付なし） 2　次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：　所得超過　・　その他（　）					
	資格認定日	年　月　日	資格取得日	年　月　日	有効期限	年　月　日
	資格取得理由	転入・手帳取得・後期加入（継続／新規）・生保廃止・その他（　）				
	区　分	障初・障課（未就学・小学生・中学生・高校生等・その他）・老初・老課（　割）				受付印
	所得確認	係	係　長	課長補佐	課　長	
	（　月　日）					

（注）※欄は記入しないでください。

別記第１号の３様式（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（ひとり親家庭等）

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　所　砂川市

申請者　氏　名

電　話

対象者との続柄　　本人　・　（　　）

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号					
親・子の別		親	子		
対象者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
	個人番号				
	同居別居の別	同居　・　別居	同居　・　別居	同居　・　別居	同居　・　別居
	別居地				
	別居の理由				
父母の状況	氏名	父：　　☐ 親と同じ		母：　　☐ 親と同じ	
	状況	生存　・　死亡　　年　　月　　日		生存　・　死亡　　年　　月　　日	
ひとり親家庭等となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄 両親の死亡、両親の行方不明 拘禁、配偶者の障害、その他		発生年月日 年　　月　　日	
医療保険	被保険者	☐ 親本人　☐ 親以外 親本人の場合、氏名等は記入不要	氏名：　　対象者との続柄： 個人番号：		
	記号番号		保険者名称		所在地
※確認書類		☐ 所得課税情報（　　年度）　☐ 戸籍謄本（市内・市外）　☐ 医療保険情報 ☐ 個人番号カード　☐ 対象者の住民票(市外居住者のみ)　☐ その他（　　）			

※決定欄	１　上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 ２　次の理由により上記申請を却下する。 却下理由：　所得超過　・　その他（　　）						
	資格認定日	年　月　日	資格取得日	年　月　日	証交付日	年　月　日	
	資格取得理由	転入・離婚・出生・生保廃止・ひとり親該当（　　）					
	区分	親初・親課（未就学・小学生・中学生・高校生等・その他）				受付印	
	所得確認（月日）	係	係長	課長補佐	課長		

（注）※欄は記入しないでください。

別記第１号の４様式（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（子ども）

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　　所　砂川市

申請者　氏　　名

（保護者）電　　話

対象者との続柄　　父　・　母　・　（　　）

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格審査に係る市町村民税情報（同一世帯員及び生計維持者を含む。）の公簿等（個人番号を利用した地方税関係情報の取得を含む。）による確認について、同意します。

記

※受給者番号				
対象者	ふりがな			
	氏　　名			
	生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
	個人番号			
保護者	氏　　名	父：	母：	
	個人番号			
	同居・別居の別	同居　・　別居	同居　・　別居	
	別居の場合の住所			
医療保険	被保険者	□ 父　□ 母　□ 父母以外 父母の場合、氏名等は記入不要	氏名：　対象者との続柄： 個人番号：	
	記号番号		保険者名称	所在地
※確認書類		□ 所得課税証明書（　年度）　□ 医療保険情報　□ 個人番号カード □ 対象者の住民票（市外居住者のみ）　□ その他（　）		

※決定欄	１　上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 ２　次の理由により上記申請を却下する。（却下理由：　）					
	資格認定日	年　月　日	資格取得日	年　月　日	証交付日	年　月　日
	資格取得理由	転入・出生・生保廃止・他公費喪失（ 重度・ひとり親 ）・その他（　）				
	区　　分	乳初・乳課・所得制限（未就学・小学生・中学生・高校生等）			受付印	
	所得確認	係	係　　長	課長補佐	課　　長	
	（月　日）					

（注）※欄は記入しないでください。

別記第６号様式（第５条関係）

資格内容変更（資格喪失）届

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　所　砂川市

届出人　氏　名

電　話

下記のとおり資格に変更（喪失）がありましたのでお届けします。

記

①　受給者

区　　分	受給者証番号	氏　　名
重度・障老・子ども・ひとり親家庭等	第　　号	

②　住所、氏名、医療保険の変更

区　　分		変　更　前	変　更　後	変更年月日
住　　所		砂川市	砂川市	
氏　　名				
医療保険	被保険者			
	受給者との続柄			
	記号番号			
	保険者名称			
	個人番号			

③　手帳情報の変更（重度医療の場合）　※個人番号は被保険者に変更がある場合のみ記入

区　　分	変　更　前	変　更　後	変更年月日
身障・精神・療育			

④　所得課税状況の変更

区分変更　□ あり　初→課　／　課→初（　　年　　月　　日～　交付　　年　　月　　日）　□ なし

理由　１　修正申告のため　　２　世帯員減のため（氏名：　　）

３　世帯員増のため（氏名：　　個人番号：　　）

４　その他（　　）

⑤　資格喪失

理　　由	処　理　日
１ 転出　２ 死亡　３ 生保移行 ４ 他公費移行（ 重度 ・ ひとり親 ・ 子ども ） ５ 医療保険加入資格の喪失 ６ その他（　　）	資格喪失日（　　年　　月　　日 ） 事由発生日（　　年　　月　　日 ） 証回収日（　　年　　月　　日・未回収 ）

係	係　長	課長補佐	課　長