

大田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。

令和 3 年 3 月 2 5 日

大田市長 **楯野弘和**

大田市規則第 2 8 号

大田市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

大田市福祉医療費助成条例施行規則（平成 1 7 年大田市規則第 5 9
号）の一部を次のように改正する。

第 1 1 条第 2 項第 1 号中「第 3 5 条の 2 第 1 項」の次に「、第 3 5 条
の 3 第 1 項」を加え、同項第 2 号中「（同法第 2 3 条第 1 項第 1 1 号
イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は
夫の生死の明らかでないもので政令で定めるもの」とあるのを「婚姻
によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」
と読み替えた場合において同号イに該当する所得割（同項第 2 号に規
定する所得割をいう。以下この号において同じ。）の納税義務者（同
項第 1 3 号に規定する合計所得金額が 1 2 5 万円を超える者に限る。
以下この号において同じ。）又は同項第 1 2 号中「妻と死別し、若し
しくは、妻と離婚した婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない
者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男
子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合において
同号に該当する所得割の納税義務者を含む。）」を削り、同項に次の
1 号を加える。

- (3) 前年度分の都道府県民税につき、地方税法第 3 4 条第 1 項第 8
号の 2 に規定する控除を受けた者 政令第 5 条第 2 項第 4 号に定
める額

様式第 1 号その 1、様式第 1 号その 2、様式第 1 号の 2、様式第 2
号、様式第 3 号その 1、様式第 3 号その 2、様式第 4 号、様式第 5 号、
様式第 7 号、様式第 9 号、様式第 9 号の 2、様式第 1 0 号、様式第 1

0号の2、様式第11号から様式第16号まで、様式第19号から様式第23号までを次のように改める。

受 付	年 月 日		決 裁	年 月 日		発 行	年 月 日	
	課 長	補 佐		係 長	係 員	番 号 簿	台 帳	判 定 依 頼
						返戻保留カード		回 答 月 日
						再 提 出 月 日		要 否
						医療証(資格証)発行の要否		

福祉医療費医療証(資格証) 交付・変更・更新 申請書									
福 祉 医 療 対 象 者	ふりがな氏名	性別	生年月日	居 住 地			過去における当該市町村	個 人 番 号	
	ふりがな氏名	性別	生年月日	居 住 地			続 柄	個 人 番 号	
世帯の状況	ふりがな氏名	性別	生年月日	居 住 地			続 柄	個 人 番 号	
加入医療保険	被保険者氏名		福祉医療対象者との続柄			住所			
	保 険 種 別	協、組、日、船、共、国、後	被保険者証の記号番号(枝番)			附加給付等の有無		有 無	
	被保険者証発行機関名								
手 帳 の 内 容	手帳種別	療育、身体、精神	手帳番号		第 号	障害等級	種 級		
	手帳種別	療育、身体、精神	手帳番号		第 号	障害等級	種 級		
医療証(資格証) 交付 変更 更新 (該当するものを○で囲む)	1. 65才以上のねたきり老人となったため 2. 重度障がい者(重複重度障がい者を含む)となった 3. 転入してきたため 4. 世帯構成の異動のため				5. 保険に新たに加入したため 6. 更新のため 7. その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)				
対象者の所得の状況	1. 地方税法第295条第1項第2号により市町村民税非課税				2. その他(様式第18号「福祉医療費所得調査書」のとおり)				
* 審 査									
* 決 定									
<p>上記のとおり福祉医療費医療証(資格証)の交付(再交付・更新)を申請します。 福祉医療費助成事務のため必要が生じた場合、大田市長が私及び私の世帯全員の課税内容について、市町村民税課税台帳により確認することを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大田市長 様</p> <p>申請者 住所 氏名 (福祉医療対象者との続柄) 連絡先()</p>									

様式第1号 その2 (第5条関係)

受 付	年 月 日		決 裁	年 月 日		発 行	年 月 日	
	課 長	補 佐		係 長	係 員	番 号 簿	台 帳	判 定 依 頼
						返戻保留カード	回 答 月 日	
						再 提 出 月 日	回 答 月 日	
						医 療 証 (資 格 証) 発 行 の 要 否	要	否

福祉医療費医療証 (資格証) 交付・変更・更新 申請書 (ひとり親用)

世帯の状況	ひとり親医療該当 非該当の別	氏 名	性別	生年月日	続柄	勤務先又は在学名・学年	他の公費負担 医療証の番号	個 人 番 号	備 考	
加入 医療 保険	被 保 険 者 氏 名				被扶養者名			住 所		
	保 険 種 別	協、組、日、船、共、国、後			被保険者証の記号番号(枝番)			附 加 給 付 等 の 有 無		
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				事 業 所 名			所 在 地		
申 請 事 由					児 童 扶 養 手 当	受けている 受けていない		番 号		
* 審 査										
助 成 開 始 年 月 日	年 月 日									
<p>上記のとおり福祉医療費医療証 (資格証) の交付 (再交付・更新) を申請します。 福祉医療費助成事務のため必要が生じた場合、大田市長が私及び私の世帯全員の課税内容について、市町村民税課税台帳により確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p> <p>大田市長 様</p> <p style="text-align: right;">連絡先 () -</p>										

様式第1号の2(第3条の2関係)

特別事由認定申請書		
助成対象者 (資格者)	医療証(資格証)番号	
	居 住 地	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
申 請 の 理 由		
<p>上記のとおり関係書類を添えて福祉医療費助成に関し、特別事由に該当することについて、認定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p> <p>大田市長 様</p>		

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

島根県 児童相談所長

様

島根県立心と体の相談センター所長

大田市長

福祉医療費助成認定判定依頼書（知的障がい者（児）用）

下記の者についての判定を依頼します。

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日
保護者名		本人との続柄	
住所	市	町	番地
備考			
身体障害者手帳	1. 有	番号（ ）	
		発行年月日（ 年 月 日）	
		等級（ ）級	
		障害名（ ）	
精神障害者保健福祉手帳	2. 有	番号（ ）	
		発行年月日（ 年 月 日）	
		有効期限（ 年 月 日）	
		等級（ ）級	
3. 1及び2は無			

様式第3号その1 (第5条関係) (表)


福祉医療費助成台帳													
医療証(資格証)受給者番号		世帯番号			負担限度額区分			入院		入院外			
(ふりがな)助成対象者氏名		(. . 変更)			男・女	生年月日	. .	居住地	(. . 変更)				
									(. . 変更)				
									(. . 変更)				
加入医療保険	被保険者氏名		助成対象者との続柄		ねたきり老人	(主症)							
	(. . 変更)					精神障害者	手帳番号			障害等級			
	住所		(. . 変更)				身体障害者	有効期限		更新年月日		更新年月日	
	保険の種別		政、組、日、船、共、国、高			知的障害者		手帳番号			障害等級		
	被保険者証の記号番号(枝番)		第 号		第 号 (. . 変更)		島根県 第 号						
	被保険者証発行機関名		(. . 変更)			資格	療育手帳番号		第 号		障害の程度		
	所在地		(. . 変更)				交付	判定年月日		. .		判定者	
	事業所名		(. . 変更)			更新		再判定年月日		. .			
	所在地		(. . 変更)				控除の特例	再判定年月日		. .			
	(附加) 給付の有無及び内容		無・有 ()			適用		取得		. .		事由	
			(. . 変更)				消滅		. .				
	所在地		(. . 変更)			交付	交付年月日		. . . .		終期	年月日	
事業所名		(. . 変更)			再交付年月日		. . . .		年月日				
所在地		(. . 変更)			変更年月日		. . . .		年月日				
(附加) 給付の有無及び内容		無・有 ()			更新年月日		. . . .		年月日				
					控除額	期間		自 . . 至 . .					

様式第3号その2(第5条関係)

(表)

福祉医療費助成台帳(ひとり親家庭用)													
世帯番号		負担限度額区分			入院		入院外						
住所													
世帯の状況	ひとり親医療該当 非該当の別	氏名		性別	生年月日	続柄	勤務先又は在学校名・学年		所得税の状況	医療証(資格証) 受給者番号		備考	
加入医療保険	被保険者氏名				被扶養者名		住所						
		(. . . 変更)							(. . . 変更)				
	保険種別	政、組、日、般、共、国、高			被保険者証の記号番号 (枝番)				附加給付の有無		(. . . 変更)		
被保険者証 発行機関名				事業所名				所在地	(. . . 変更)				
	(. . . 変更)					(. . . 変更)							
申請事由							児童扶養手当		受けている 受けていない				
控除額の特例	時期	自	. . .	控除額	資格	. . . 取得	交付	交付	. . .	始期	. . .	終期	. . .
		至	. . .			. . . 消滅		変更	. . .		. . .		. . .
備考					資格	. . . 取得	交付	再交付	. . .	始期	. . .	終期	. . .
						. . . 消滅		更新	. . .		. . .		. . .

（表）

 福祉医療費医療証									
公費負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
助成対象者	居住地								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
負担割合	医療費の1割								
負担限度額	入院								
	入院外								
有効期限	自	年 月 日							
	至	年 月 日							
交付年月日	年 月 日								
発行機関名及び印	島根県大田市長								

（裏）

注意事項
1. この証は、医療費の一部負担金について大田市福祉医療費助成条例の規定による助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
2. この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用されます。
3. 医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）等に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
4. 助成する額は、医療費の本人負担額から1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額を控除した額となります。したがって、1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
5. 助成対象者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市長に返してください。
6. 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
7. 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
8. この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
9. 有効期限を経過したときは、この証を使用することができませんから、すみやかに市長に返してください。
10. 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとし、色は桃色とする。

（表）

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">福老</div> 福祉医療費資格証									
公費負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
資格者	居住地								
	氏名						男女		
	生年月日	年	月	日					
負担割合	医療費の1割								
負担限度額	入院								
	入院外								
有効期限	自	年	月	日					
	至	年	月	日					
交付年月日	年	月	日						
発行機関名及び印	島根県大田市長								

（裏）

注意事項
1. この証は、高齢者の医療の確保に関する法律による一部負担金について大田市福祉医療費助成条例の規定による助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
2. この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用されます。
3. 医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）等に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
4. 助成する額は、医療費の本人負担額から1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額を控除した額となります。したがって、1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
5. 助成対象者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市長に返してください。
6. 氏名、居住地に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
7. 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
8. この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
9. 有効期限を経過したときは、この証を使用することができませんから、すみやかに市町村長に返してください。
10. 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとし、色は黄色とする。

保 険 給 付 額 等 証 明 書

年 月 日

住 所
保 険 者 名 称
代 表 者 名

印

下記の者に対して次のとおり保険給付したことを証明します。

記

- 1 被 保 険 者 住 所
(組 合 員) 氏 名
- 2 保 険 証 記 号 番 号 (枝 番)
- 3 被 扶 養 者 氏 名
- 4 給 付 内 容

診 療 月	年 月
医 療 機 関 名	
診 療 報 酬 請 求 額 (医 療 費)	
医 療 費	保 険 対 象 総 点 数
	保 険 給 付 額
上 記 医 療 対 する 家 族 療 養 費 附 加 給 付 金 額	

お願い1 この証明書は 市が「福祉医療費助成条例」に基づき福祉医療対象者の医療費を助成するために必要な書類ですから証明の上被保険者にご送付くださるようお願いいたします。

2 この証明書は、診療報酬明細書1件につき1枚作成してください。

様式第9号(第7条関係)

福祉医療費助成申請書			
医療証(資格証) 受給者番号		氏名	年 月 日生
医療 機関名	名 称		
	所 在 地		
医 療 内 容	入院入院外の別	入 院 ・ 入 院 外	
	期 間	年 月 日から 年 月 日までの間	
加入医 療保険	被保険者(組合員)名	保険証記号番号(枝番)	保険者名
<p>申請額 金 円也</p>			
<p>内訳 本人負担額 円(別紙領収書のとおり)</p> <p>控除額 円</p> <p>差引 円(助成対象額)</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			
<p>申請者 住所 氏名 (助成対象者との続柄)</p>			
<p>大田市長 様</p>			

様式第10号(第8条関係)

福祉医療費助成に関する資格内容変更届					
医療証(資格証)の受給者番号		新	旧		
区分	変更種別				
助対象成者	ふりがな氏名				
	居住地				
加入医療保険	被保険者氏名				
	保険種別				
	被保険者証発行機関名				
	所在地				
	被保険者証組合員証の記号番号(枝番)				
	付加給付金の有無	有	無	有	無
	給付内容				
変更事由発生年月日					
変更事由					
<p>上記のとおり変更したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名 (助成対象者との続柄)</p> <p>大田市長 様</p>					

様式第10号の2(第8条関係)

福祉医療に関する資格喪失届			
助成対象者	氏名		年 月 日生
	居住地		
	医療証(資格証)受給者番号		
資格喪失事由			
資格喪失事由 発生年月日	年 月 日		
<p>上記のとおり資格を失ったので届け出ます。</p> <p>このことにより医療証(資格証)は返還します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出人 住所 氏名 (助成対象者との続柄)</p> <p>大田市長 様</p>			

様式第11号(第9条関係)

福祉医療費医療証(資格証)破損・亡失届				
助成対象者	氏 名	生 年 月 日		医療証(資格証)受給者番号
	男 女	. .		
居 住 地				
資 被 保 険 者 (組 合 員) 名	加入 医療 保険	保 険 者 名		
		記 号 番 号 (枝 番)		
<p>福祉医療費医療証(資格証)を 破損 したので届け出ます。 亡失</p> <p>年 月 日</p> <p>届出人 住所 氏名 (助成対象者との続柄)</p> <p>大田市長 様</p>				

様式第12号(第10条関係)

福祉医療費助成事由(被害)届				
医療証(資格証)受給者番号			氏名	年 月 日生
被害を与えた者(第三者)	住所(居所)			
	氏名			
医療機関名		診療開始日	診療見込期間	
被害の状況				
<p>上記のとおり第三者の行為により被害を受けましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名 (助成対象者との続柄)</p> <p>大田市長 様</p>				

附加給付金給付証明書

年 月 日

大田市長 様

保険者

印

下記組合員に対し、当組合において次のとおり附加給付金を支給 している していない ことを証明します。

記

組 合 員

組合証番号(枝番)

住 所

附加給付金算定方法

様式第14号(第4条、第5条関係)

委 任 状

受任者 大田市長 様

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私の被扶養者である 住所 氏名 の
年 月 日以降の療養に係る家族療養費付加の受領に関すること。ただし、保
険者が当該療養に係る家族療養費に相当する金額を保険医療機関等に支払う場合にあつ
て、かつ大田市福祉医療費助成条例の規定により貴市町村が保険の自己負担分を当該保
険医療機関等に支払う場合に限ること。

なお、上記により受領した家族療養費附加金について、貴市町村が保険医療機関等に
支払う当該療養に係る医療費に充当されたいこと。

年 月 日

委 任 者

住 所

氏 名

(被保険者証記号番号(枝番) 第 号)

様式第15号(第5条関係)

主治医・民生委員意見書(ねたきり者用)

主 治 医 意 見
医学的所見
<p>上記のとおり 様については、3箇月以上常に臥床し、食事、入浴、排便等日常生活に常に介護を必要とし、今後もその状態が継続する状態にあることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>主治医氏名</p>
民 生 委 員 意 見
<p>年 月 日</p> <p>民生委員氏名</p>

様式第16号（第5条関係）

年 月 日

大田市長 様

島根県 児童相談所長
島根県立心と体の相談センター所長

福祉医療費助成認定判定書（知的障がい者（児）用）

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定したので送付します。

ふりがな			生年月日	年 月 日生
氏名		男 女		
保護者名			住所	
現在の状況	知能検査結果	知能指数又は発達指数（IQ DQ） 検査名（ ） 検査年月日（ ）		
	合併障がい （手帳）	身体障害（有 無） 総合等級（種 級） 障害名（ ） 精神障害（有 無） 等級（級）		
	日常生活	1. ADL（自立 見守り等 一部介助 全介助） 2. 日常生活能力 （ ） 3. 行動障がい （ ） 4. 治療・看護 （ ） 5. その他特記事項 （ ）		
総合判定		重度または重度と同程度と認められる ・ 認められない		
将来再認定の要		有（年 月） 無		
備考				

事実婚解消についての確認願

年 月 日	
民生・児童委員 様 申立人住所 氏名 福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり事実婚を解消したことを確認願います。 記	
児童の父の氏名及び 生 年 月 日	年 月 日 生
事実婚を解消した年月日	年 月 日
事実婚を解消した当時の 状況及びその後の経過	
民生・児童委員 確認欄	年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員氏名 申立人 様

この確認願は福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする児童の母が、児童を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、その父と事実上婚姻関係の事情にあった者と婚姻関係を解消した場合に提出してください。

様式第20号(第5条、第6条関係)

配偶者が一年以上生死不明
であることの確認願

年 月 日	
民生・児童委員 様	
申立人住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることの確認を願います。	
記	
配偶者の氏名及び生年月日	年 月 日生
生死不明になっている期間	年 月 日から引き続き現在まで
生死不明になった当時の住所	
生死不明になった 当時の状況	
その後の経過	
その他参考事項	
民生・児童委員 確認欄	年 月 日
上記申立てが事実であることを確認します。	
民生・児童委員住所 氏名	
申立人 様	

- この願は対象者の配偶者の生死が1年以上明らかでないことにより福祉医療助成費制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。
- 沈没した船舶に乗っていた場合、その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去った後3箇月以上父の生死が明らかでないことにより、福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合には、この書類の代りに警察署、その他の官公署、関係会社等の証明書を添付してください。

様式第21号(第5条、第6条関係)

配偶者が引き続き1年以上対象者を遺棄していることの確認願

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>民生・児童委員 _____様</p> <p style="text-align: right;">申立人住所 氏名</p> <p>福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることの確認を願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
父(母)の氏名及び生年月日	年 月 日生
遺棄されている期間	年 月 日から引き続き現在まで
遺棄された当時の住所	
遺棄された当時の状況	
その後の経過	
その他参考事項	
民生・児童委員 確認欄	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記の申立てが事実であることを確認します。</p> <p style="text-align: right;">民生・児童委員住所 氏名</p> <p>申立人 _____様</p>

この願いは配偶者が対象者を引き続き一年以上遺棄していることにより福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする場合に添付してください。

様式第22号(第5条、第6条関係)

配偶者が海外にあるためその扶養を受けられないことの確認願

年 月 日	
民生・児童委員 様	
申立人住所 氏名	
福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求を行うため必要なので、下記のとおり配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができないことを確認願います。	
記	
夫(妻)の氏名及び生 年 月 日	年 月 日 生
扶養が受けられなく なった年月日	年 月 日
扶養を受けることの できない理由	
民生・児童委員 確認欄	年 月 日
	上記の申立てが事実であることを確認します。
	民生児童委員 氏 名
申立人	様

この確認願いは福祉医療費助成制度(ひとり親)の認定請求をする児童と母(父)が、児童の父(母)が海外にあるため、その扶養ができないときに提出してください。

様式第23号（第5条、第6条関係）

未婚の母（父）子についての確認願

年 月 日	
民生・児童委員 殿	
申立人住所 氏名	
福祉医療費助成制度（ひとり親）の認定請求を行うために必要な ので、下記のとおり未婚の母（父）子であることを確認願います。	
記	
児童の父（母）の氏名 及び生年月日	年 月 日 生
児童の父（母）からの 定期的な生計の補助	1 あり（月 万円程度） 2 なし
申立者と児童の父（母） との交流の状況	1 定期的な訪問がある（月 回） 2 なし
その他参考事項	
民生・児童委員 確認欄	年 月 日
申立人	上記の申立てが事実であることを確認します。 民生児童委員 氏 名 殿

この確認願いは、福祉医療費助成制度（ひとり親）の認定請求をする児童の母（父）が、未婚の母（父）子である場合に提出して下さい。

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。ただし、改正後の規則第11条第2項第1号から第3号までの規定については、令和3年7月1日以降の条例第5条第1項に規定する申請分から適用し、令和3年6月30日以前の条例第5条第1項に規定する申請分については、なお従前の例による。