

改正

昭和60年6月29日規則第7号

昭和62年3月17日規則第6号

昭和63年4月22日規則第8号

平成3年12月27日規則第20号

平成5年3月18日規則第8号

平成6年9月30日規則第11号

平成7年4月12日規則第15号

平成8年3月26日規則第5号

平成9年9月26日規則第36号

平成10年6月24日規則第22号

平成11年3月25日規則第11号

平成13年6月22日規則第21号

平成14年9月30日規則第25号

平成16年12月17日規則第38号

平成17年6月24日規則第66号

平成18年9月25日規則第29号

平成18年12月15日規則第38号

平成21年2月3日規則第4号

平成22年3月17日規則第5号

平成22年3月26日規則第10号

平成22年12月22日規則第31号

平成26年8月27日規則第17号

平成30年12月25日規則第16号

令和6年11月29日規則第26号

井原市子ども医療費給付条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、井原市子ども医療費給付条例（昭和48年井原市条例第27号。以下「条例」と

いう。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(給付対象期限)

第2条 給付の対象となる期限は、当該子どもが満18歳に達した日以後の最初の3月31日までとする。

(受給資格者証の交付等)

第3条 条例第6条の規定に基づく申請は、子ども医療費受給資格者証交付申請書(様式第1号。以下「受給資格者証交付申請書」という。)及び個人番号利用同意書(様式第1号の2)に個人番号カード(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第25号)第2条第7項に規定する個人番号カードをいう。)等を提示して行うものとする。

2 市長は、前項の受給資格者証交付申請書の提出を受けたときは、子ども医療費受給資格者証交付台帳(様式第2号)に記載し、子ども医療費受給資格者証(様式第3号。以下「受給資格者証」という。)を交付するものとする。

3 受給資格者証の再発行又は更新の申請も、同様とする。

(医療費の支払)

第4条 条例第7条第1項に規定する医療費の審査及び支払に関する事務は、岡山県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金岡山支部に委託して行うものとする。

(医療費支払の特例)

第5条 条例第7条第2項に規定する規則で定める場合とは、次に掲げる場合とする。

- (1) 岡山県以外の病院若しくは診療所又は薬局(以下「医療機関等」という。)で療養を受けた場合
- (2) 医療保険各法に規定する療養費の支給、移送費の支給又は家族移送費の対象となる療養等を受けた場合
- (3) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に規定する特別療養費に係る療養を受けた場合
- (4) 母子保健法(昭和40年法律第141号)に基づく、養育医療の給付の対象となる療養等を受け、かつ、同法第21条の4第1項の規定により扶養義務者が費用を徴収されることとなる場合
- (5) 岡山県内に事務所を有しない国民健康保険組合のうち別に定めるもの以外のもの又は岡山県外の市町村が行う国民健康保険の被保険者が療養を受けた場合
- (6) その他市長が必要と認めた場合

(給付申請の方法)

第6条 前条第1号又は第5号に規定する給付を申請する場合は、子ども医療費給付申請書(様式第4号。以下「給付申請書」という。)に、医療機関等が発行する診療を受けた日の属する1か月分の領収証又は診療報酬領収証明書を添付して、市長に申請しなければならない。

2 前条第2号及び第3号に規定する給付を申請する場合は、給付申請書に保険者が発行する通知書又は証明書を添付して行うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、前条第4号に係るものにあつては、申請がなされたものとみなし、扶養義務者から徴収されるべき費用を市長が代わって支払うことにより、給付がなされたものとみなす。

(医療費の給付)

第7条 市長は、前条の規定に基づく給付申請書を受理したときは、その申請の内容を審査し、適正と認めたときは速やかに医療費の給付を行うものとする。

2 市長は、前条の規定により難い特別の事情があると認めた場合は、この方法によらず医療費を給付することができる。

(台帳の整備)

第8条 市長は、子ども医療費支給台帳(様式第5号)を備え、医療費の支給に関し必要な事項を記載するものとする。

(届出)

第9条 条例第8条の2に規定する規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者及び保護者の住所氏名
- (2) 被保険者名、加入者名又は組合員名
- (3) 保険者名
- (4) 記号・番号
- (5) 付加給付金の内容
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

2 前項各号に掲げる事項に関する届出は、子ども医療費受給資格変更届(様式第6号)により行うものとする。

3 条例第8条の2に規定する受給資格を失ったときの届出は、子ども医療費受給資格喪失届(様式第7号)により行うものとする。

4 条例第8条の2に規定する給付事由が第三者の行為によって生じたものであるとき届出は、第

三者行為傷病届（様式第8号）により行うものとする。

（医療費の返還）

第10条 条例第8条及び第9条の規定による医療費の返還通知は、子ども医療費返還通知書（様式第9号）により行うものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、昭和48年7月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 芳井町乳幼児医療費給付に関する条例施行規則（平成13年芳井町規則第12号）及び美星町乳幼児医療費給付に関する条例施行規則（昭和48年美星町条例第10号）の規定によりなされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（昭和60年6月29日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（昭和62年3月17日規則第6号）

この規則は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則（昭和63年4月22日規則第8号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、昭和63年4月1日から適用する。

附 則（平成3年12月27日規則第20号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成4年1月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成5年3月18日規則第8号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成5年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 6 年 9 月 30 日規則第 11 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成 6 年 12 月 1 日以降の診療分から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 7 年 4 月 12 日規則第 15 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、平成 7 年 4 月 1 日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に保有する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 8 年 3 月 26 日規則第 5 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成 8 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市重度心身障害者医療費給付条例施行規則、井原市母子家庭医療費給付条例施行規則、井原市老人医療費給付条例施行規則及び井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 9 年 9 月 26 日規則第 36 号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、平成 9 年 9 月 1 日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際現に保有する用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 10 年 6 月 24 日規則第 22 号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、平成10年1月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成11年3月25日規則第11号）

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成11年4月1日以降の診療分から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成13年6月22日規則第21号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成13年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、平成13年10月1日以降の診療分から適用し、平成13年9月30日以前の診療分については、なお従前の例による。

- 3 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成14年9月30日規則第25号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年12月17日規則第38号）

この規則は、平成17年3月1日から施行する。

附 則（平成17年6月24日規則第66号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成17年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則の規定は、平成17年10月1日以後に受けた診療分について適用し、平成17年9月30日以前に受けた診療分については、なお従前の例による。

附 則（平成18年 9 月25日規則第29号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18年10月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成18年12月15日規則第38号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成19年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成21年 2 月 3 日規則第 4 号）

（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 この規則による改正前の井原市乳幼児等医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成22年 3 月17日規則第 5 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成22年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の井原市乳幼児等医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成22年 3 月26日規則第10号抄）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成22年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成22年12月22日規則第31号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成23年 4 月 1 日から施行する。ただし、改正後の井原市子ども医療費給付条例

施行規則様式第1号、様式第2号、様式第5号、様式第6号、様式第7号及び様式第8号の規定は、平成22年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の井原市子ども医療費給付条例施行規則に定める様式のうち、この規則施行の際、現に存する用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成26年8月27日規則第17号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成26年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前までに受けた医療保険各法の規定による訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給の対象となる療養に係る医療費給付申請の方法については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現に発行されている改正前の井原市子ども医療費給付条例施行規則様式第3号による受給資格証は、改正後の井原市子ども医療費給付条例施行規則様式第3号による受給資格証とみなす。
- 4 この規則による改正前の井原市子ども医療費給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成30年12月25日規則第16号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の井原市子ども医療費給付条例施行規則の規定は、平成31年4月1日以降に受けた診療分について適用し、平成31年3月31日以前に受けた診療分については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の井原市子ども医療費給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

井原市長 殿

[illegible]

家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を井原市へ支払います。

申 請 理 由		1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 その他()																			
対 象 者	フリガナ ¹													2							
	氏 名																				
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日												平成・令和 年 月 日							
	性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女 () 歳												男 ・ 女 () 歳							
	保護者との続柄																				
	他の公費負担制度による医療費の支給	有()・無												有()・無							
個 人 番 号																					
加 入 医 療 保 険	被保険者又は世帯主の氏名													対 象 者 との続柄							
	被保険者の 記 号 ・ 番 号	記号										番号									
	保 険 者 番 号										保険種別				協 ・ 船 ・ 共 ・ 組 ・ 国 ・ 退						
	保 険 者 名 称 (発 行 機 関 名)											認定年月日 資格取得年月日				年 月 日					
	付 加 給 付	有(内容:)・無																			
特 記 事 項		再発行の場合の理由																			

※対象者の個人番号カード等の写し。

様式第 1 号の 2（第 3 条関係）

様式第 1 号の 2（第 3 条関係）

個人番号利用同意書

子ども医療費受給資格制度の申請にあたり、1 月 1 日時点の住所地に税情報を確認するため、個人番号制度（情報連携）を利用することに同意します。

自署にて記載してください。代筆の場合は、委任状が必要です。
添付書類として、個人番号カード等本人確認書類の写しを添付してください。

氏名		生年月日		個人番号															
現住所 今年1月1日 時点の住所地																			
前住所 前年1月1日 時点の住所地																			
氏名		生年月日		個人番号															
現住所 今年1月1日 時点の住所地																			
前住所 前年1月1日 時点の住所地																			
氏名		生年月日		個人番号															
現住所 今年1月1日 時点の住所地																			
前住所 前年1月1日 時点の住所地																			

委 任 状

井原市長 殿

【代 理 人】 住 所：_____
氏 名：_____

私の税情報を個人番号連携で照会することに関する権限を委任します。
ただし、井原市子ども医療費給付条例による受給資格証（申請・更新）に関する事務に限る。

年 月 日
【委 任 者】 住 所：_____
氏 名（自 署）：_____ 印

（注）この委任状は、子ども医療費受給資格者証交付申請書に添えて提出してください。

様式第2号(第3条関係)

子ども医療費受給資格者証交付台帳

受給資格者番号														県補助対象		県補助対象外	
対 象 者 氏 名		生年月日 年 月 日 男・女							住所		井原市 町		番地				
											井原市 町		番地 (・ ・ 変更)				
保 護 者 氏 名		TEL									井原市 町		番地 (・ ・ 変更)				
医 療 保 険	保険種別	保険者名			保険者番号				記号・番号		被保険者等氏名		対 象 者 と の 続 柄	付加給付	特 定 疾 病 療 養 受 給 証	備 考	
													有・無	有・無			
													有・無	有・無			
													有・無	有・無			
資 格 者 証	申請書受理年月日	年 月 日			交付年月日		年 月 日		有効期限		年 月 日まで						
	更新申請書	年 月 日			交付年月日		年 月 日		有効期限		年 月 日まで						
	再発行申請書	年 月 日			交付年月日		年 月 日		有効期限		年 月 日まで						
高額療養費の区分		低所得者・上位所得者 (確認方法)															
他法による支給		有 (医療費名) ・ 無															
(備 考)																	

様式第3号（第3条関係）

様式第3号(第3条関係)

表面

受診の際は医療機関窓口に提示してください。

この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーションだけです。

岡山県									
子ども医療費受給資格者証									
公費負担者番号		8	5	3	3				
受給資格者番号									
受給資格者	住所								
	氏名							男・女	
	生年月日		年		月		日生		
一部負担金の割合		無料							
有効期間		年 月 日から							
		年 月 日まで							
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分については、 公費で負担します。									
年 月 日									
岡山県 井原市長 印									
保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者の方へ この証により診療を求められたときは、公費併用扱いとして、レセプトにより、 審査支払機関へ請求してください。 また、その場合、レセプトの「一部負担金額」「負担金額」欄には「0円」と 記入してください。									

注 意 事 項

- 1 この証は、子ども医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
- 2 受診の際は、この証を医療機関(薬局・訪問看護ステーションを含む。以下同じ。)の窓口に提示してください。
なお、この証を医療機関の窓口に提示しない場合は、子ども医療費助成の取り扱いは受けられないので、特に注意してください。
- 3 この証の記載事項や加入する医療保険に変更があったとき、又は交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで受診の際は、速やかにその旨を井原市へ届け出てください。
- 4 子ども医療費の助成を受ける資格を失ったときは、速やかにその旨を井原市へ届け出るとともに、この証を返還してください。
- 5 この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。
- 6 いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。
- 7 県外の医療機関で受診したときや県内の医療機関で現物給付により診療を受けられなかったときは、子ども医療費給付申請書に医療機関から受領した領収書を添えて井原市の子ども医療担当窓口へ償還給付の申請を行ってください。
- 8 養育医療、育成医療など国の公費医療制度が適用される場合は、それらの国の公費医療が優先適用されます。
- 9 井原市外へ転出した場合は、この資格者証は使用できません。
- 10 お問い合わせ先
子育て支援課
電話() —
住所 井原市 町 番地

表面

自己負担分窓口払(償還給付扱い)									
岡 山 県									
子 ども 医 療 費 受 給 資 格 者 証									
公 費 負 担 者 番 号	8	5							
受 給 資 格 者 番 号									
受給資格者	住 所								
	氏 名							男 ・ 女	
	生 年 月 日		年		月		日生		
一 部 負 担 金 の 割 合									
有 効 期 間			年 月 日から						
			年 月 日まで						
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分については、公費で負担します。 年 月 日 岡山県 井原市長 印									
保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者の方へ この証により診療を求められたときは、レセプトで公費併用として請求できませんので、窓口で医療保険上の自己負担を受け取り、1カ月分まとめて診療報酬領収証明書を発行してください。									

注 意 事 項

- 1 この証は、子ども医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
- 2 受診の際は、この証を医療機関(薬局・訪問看護ステーションを含む。以下同じ。)の窓口に提示してください。
 なお、この証を医療機関の窓口に掲示しない場合は、子ども医療費助成の取り扱いは受けられないので、特に注意してください。
- 3 この証の記載事項や加入する医療保険に変更があったとき、又は交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで受診の際は、速やかにその旨を井原市へ届け出てください。
- 4 子ども医療費の助成を受ける資格を失ったときは、速やかにその旨を井原市へ届け出るとともに、この証を返還してください。
- 5 この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。
- 6 いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。
- 7 診療を受けたときは、医療機関に自己負担金を支払い、1ヵ月分まとめて診療報酬領収証明書を作成してもらい、井原市の子ども医療担当窓口へ申請してください。
- 8 井原市外へ転出した場合は、この資格者証は使用できません。
- 9 お問い合わせ先
 子育て支援課
 電話() —
 住所 井原市 町 番地

受給資格者番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

様式第4号（第6条関係）

様式第4号（第6条関係）

子ども医療費給付申請書

年 月 日

井原市長 殿
下記のとおり、医療費の給付を申請します。
なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得等を確認されることを承諾します。

申請者記入欄	申請者	氏名				電話番号							
		住所											
	受給資格者	氏名				受給資格証の 受給者番号							
		生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女						
		保険証の内容	記号・番号	記号	番号		被保険者氏名						
保険者番号				保険者名									

医療機関記入欄（レセプト単位）	診療（調剤）報酬領収証明書										医科・歯科・調剤・その他 8 7 ()													
	診療年月	年 月			フリガナ																			
	入院年月日	年 月 日			患者氏名 (受給資格者)																			
	保険診療 総点数	入院	(日分)			医療機関の 所在地 名称 氏 名	④																	
		外来	(受診 回分)																					
	他法負担点数 ※1	入院	() 点			処方箋交付 医療機関 ※3																		
		外来	() 点																					
	他法負担等による 窓口負担額 ※2	入院	() 円																					
外来		() 円																						
※1 他法公費負担医療の適用がある場合は、() に法別番号等を記入してください。 ※2 健康保険適用認定証・他法公費負担医療の適用後の「窓口負担額」（医療費のみ）を記入してください。 ※3 処方箋を交付した医療機関名を記入してください。（調剤薬局のみ）																								

申請者記入欄	振込口座	金融機関の名称 ()	銀行・信用組合(金庫)・農協 () 支店・出張所														
		預金種別	普通 ・ 当座	店番号			口座番号										
		店番号															
		フリガナ															
		口座名義人															

【問い合わせ先】子育て支援課：電話 () -

市記入欄	給 付 決 定									
	総医療費	窓口負担額 (A)	法定給付額 (B)	付加給付金 (C)	自己負担金	公費一部負担金(D)		公費給付額 (A)-(B)-(C)-(D)		
	円	円	円	円	円	入	円			
						外				

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費支給台帳

[illegible]

様式第 6 号（第 9 条関係）

様式第 6 号(第 9 条関係)

子ども医療費受給資格変更届									
								年 月 日	
井原市長 殿 届出人 住所 氏名 電話 受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。									
受給資格者番号							受給資格者氏名		生年月日
									年 月 日
									年 月 日
									年 月 日
変更事項に○を付けて下さい 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 被保険者名・組合員氏名 (2) 保険者番号・保険者名 (3) 記号・番号 (4) 付加給付の内容 4 その他							変 更 前		
(1) 被保険者名・組合員氏名 (2) 保険者番号・保険者名 (3) 記号・番号 (4) 付加給付の内容 4 その他							変 更 後		
変更年月日							年 月 日		

※子ども医療費受給資格者証及び個人番号カード等を添えて提出してください。

様式第7号（第9条関係）

様式第7号(第9条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

井原市長 殿

届出人 住 所
氏 名

受給資格者番号							受給資格者氏名	生年月日
								年 月 日
								年 月 日
								年 月 日
資格喪失の理由に○をつけてください。 1 他市町村へ転出 2 死亡 3 被保険者等資格の喪失 4 その他								
喪失年月日							年 月 日	

※子ども医療費受給資格者証を添えて提出してください。

様式第8号（第9条関係）

様式第8号(第9条関係)

第 三 者 行 為 傷 病 届

年 月 日

井原市長 殿

届出人 住 所
(保護者) 氏 名

受給資格者番号							受給資格者氏名	生年月日
								年 月 日
加害者	住 所							
	氏 名							
	生年月日							
被害の内容								
傷病の状況								

- (注) 1 交通事故証明書を添えて提出してください。
- 2 示談成立の時は、示談書の写しを添えて提出してください。

第 年 月 日 号

殿

井原市長 

子ども医療費返還通知書

このことについて、先に下記医療費を支給しましたが、返還くださいますよう通知します。

記

1 医療費

支 給 年 月 日	支 給 金 額
	円

2 返還理由

3 返還金納付期日

年 月 日

4 返還金納付場所

(注) この通知書を必ずご持参ください。