

鎌倉市ひとり親家庭等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。

平成 29 年 10 月 20 日

鎌倉市長

松尾 崇

鎌倉市規則第 23 号

鎌倉市ひとり親家庭等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

鎌倉市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則（平成 4 年 3 月規則第 25 号）の一部を次のように改正する。

第 10 条第 1 項各号列記以外の部分中「するとともに、医療保険各法による被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類を提示することにより行うものとする」を「しなければならない」に改め、同項第 3 号中「証明書」の次に「又はその写し」を加え、同項第 4 号中「書類」の次に「又はその写し」を加え、同項中第 6 号を第 7 号とし、第 5 号の次に次の 1 号を加える。

(6) 医療保険各法による被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類又はその写し

第 10 条第 4 項中「ひとり親家庭等医療証交付等申請却下通知書」を「ひとり親家庭等医療証不交付決定通知書」に改める。

第 16 条中「ひとり親家庭等医療費助成資格喪失通知書（第 10 号様式）」を「ひとり親家庭等医療証不交付決定通知書」に改め、ただし書きを削る。

第 1 号様式を次のように改める。

ひとり親家庭等  
医療証交付等申請書

(現況届) (受給者台帳)

\*受給者番号(世帯主等)

(宛先) 鎌倉市長

次のおりひとり親家庭等

医療証交付等の申請をします。  
現況届を提出します。

なお、ひとり親家庭等医療証の交付に関して必要な、市で保管する所得の状況に  
係る情報について、市長が利用することに同意します。

年 月 日

① 申請者	ふりがな	個人番号		住所	〒	電話 ( )
	氏名					
	生年月日	年 月 日生	連絡先	電話 ( )	児童扶養手当 の受給状況	受給 ( 年 月 日から ) ・ 非受給

②ひとり親家庭等  
となった理由

ア (父・母) 死亡  
オ (父・母) 遺棄

イ 離婚  
カ (父・母) 拘禁

ウ (父・母) 障害者  
キ 両親死亡

エ (父・母) 生死不明  
ク その他 ( )

③ 家族の状況	ふりがな氏名	生年月日	続柄	性別	個人番号	同居 別居	監護・養育を 始めた年月日	障害者医療 助成の有無	*理 由	*対象(受給者番号) 非対象の別	
	A			申請者 本人	男・女				有・無		非対象
B				男・女		同居 別居		有・無		非対象	
C				男・女		同居 別居		有・無		非対象	
D				男・女		同居 別居		有・無		非対象	
E				男・女		同居 別居		有・無		非対象	
F				男・女		同居 別居		有・無		非対象	
*理由		取得:1新規認定 2転入 3その他 喪失:4死亡 5転出 618(20)歳到達 7その他 その他:8保険変更 9更新 10その他									

④ 加入医療保険	保険の種類	一般・退職 国保・国組・組合・政管・日雇・船員・共済						加入者氏名
	被保険者(世帯主・組合員)氏名	申請者 との続柄		被保険者 記号番号	-		保険者番号	
	⑦ 保険者名・保険者所在地	〒						電話 ( )
	* 付加給付の有無	無 ・ 有 ( )						
	保険の種類	一般・退職 国保・国組・組合・政管・日雇・船員・共済						加入者氏名
	被保険者(世帯主・組合員)氏名	申請者 との続柄		被保険者 記号番号	-		保険者番号	
	⑧ 保険者名・保険者所在地	〒						電話 ( )
	* 付加給付の有無	無 ・ 有 ( )						

(注) 1 \*印の欄は記入しないでください。 2 裏面も記入してください。

⑤	氏名	障害名	* 障害確認の内容				* 確認書類	
			確認書類	等級	発行者	手帳等の番号		
児童に障害があるとき							1身障手帳 2療育手帳	
							3診断書 4特児手当	
							5その他	
⑥	氏名	学校名	学校種別	課程	学年	* 在学証明		
18歳以後 在学児童								
所得状況 の 控 除 額	年分所得	⑦ 申請者	⑧ 配偶者	⑨ 扶養義務者				
	氏名							
	⑩ 控除対象配偶者及び扶養親族数 (うち老人扶養親族数)	( 人 )	( 人 )	( 人 )	( 人 )	( 人 )	( 人 )	( 人 )
	⑪⑫以外で前々年の12月31日現在 申請者が養育している児童数	人						
	⑬* 所得額	円	円	円	円	円	円	円
	⑭* 養育費の額	円						
	⑮ の額の8割相当額	円						
	⑯* 障害者である控除対象 配偶者及び扶養親族数	障	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円
		特障	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円	( 人 ) 円
	⑰* 障害者・特別障害者・老年者・ 寡婦・寡夫(申請者が父又は母の 場合は控除しない)・勤労学生の別	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円	障・特障・老・寡・勤 円
	⑱* 他 他の控除	円	円	円	円	円	円	円
	⑲* 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	円
	⑳* 控除額計	円	円	円	円	円	円	円
	㉑* 控除後の所得額	円	円	円	円	円	円	円
	㉒* 所得限度額	円	円	円	円	円	円	円
* 提出書類 確認方法	健康保険証	( <input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 公簿確認 )						
	児童扶養手当証書	( <input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 公簿確認 <input type="checkbox"/> 非受給 )						
	非受給者 申告書 ( <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 公簿確認 )	住民票記載事項証明書 ( <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 公簿確認 )						
	世帯の状況を証する書類 ( <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 公簿確認 )	所得証明書 ( <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 公簿確認 )						
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)						起案	.	
( 決 裁 欄 )	決定区分 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付(理由					決裁	.	
	)					交付	.	

## マイナンバーの利用に関する同意書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

下記の者は、鎌倉市長がひとり親家庭等医療証交付の審査に当たり、鎌倉市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例第6条第2項の規定による事務を処理するため、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄
フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄
フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

(注)

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状等の代理権を証する書面を添付してください。
- 3 申請書(現況届)に同意する者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略できます。
- 4 記載する欄が足りない場合は、欄外に記載してください。

第4号様式を次のように改める。

様

鎌倉市長 印

ひとり親家庭等医療証不交付決定通知書

ひとり親家庭等医療証は、次の理由で交付しませんのでお知らせします。

氏 名	
住 所	
受 給 者 番 号	
不 交 付 年 月 日	年 月 日
理 由 (不交付とする期限がある場合にはその期限)	

(注) (教示文)

第10号様式を削る。

付 則

この規則は、公布の日から施行する。