新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則に規定する様式を定める要綱

第１条　新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則（平成３年規則第 13 号）の規定により別に定める様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
ひとり親家庭等医療費助成受給資格認定（更新）申請書	第４条・第７条	別記様式第１号
新潟市ひとり親家庭等医療費助成受給者証	第５条	別記様式第２号
ひとり親家庭等医療費助成受給資格認定申請却下決定通知書	第５条	別記様式第３号
ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書	第７条	別記様式第４号
ひとり親家庭等医療費助成助成金支給申請書	第９条	別記様式第５号
ひとり親家庭等医療費助成助成金支給申請書（入院時生活療養費用）	第９条	別記様式第６号

附　則

この要綱は令和６年１１月２１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は令和７年７月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際、現にある旧別記様式第１号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は令和７年９月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際、現に改正前の新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則に規定する様式を定める要綱の規定により交付されている新潟市ひとり親家庭等医療費助成受給者証受給者証は、その有効期間が終了するまでの間、改正後の新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則に規定する様式を定める要綱の規定により交付された新潟市ひとり親家庭等医療費助成受給者証受給者証とみなす。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は令和８年１月８日から施行し、令和７年４月１日から適用する。

（経過措置）

2　この要綱の施行の際、現にある改正前の別記様式第６号については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附　則

（施行期日）

1　この要綱は令和８年１月８日から施行し、令和７年４月１日から適用する。

（経過措置）

2　この要綱の施行の際、現にある改正前の別記様式第６号については、当分の間、これを使用することができるものとする。

附　則

（施行期日）

1　この要綱は、令和８年１０月２日から施行し、改正後の別記様式第１号及び別記様式第６号の規定は、令和８年６月１日から適用する。

（経過措置）

2　この要綱の施行の日前に改正前の新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則に規定する様式を定める要綱の規定により提出された申請書その他の書類は、この要綱による改正後の様式で提出された申請書その他の書類とみなす。

別記様式第１号

（表）

令和　　年度（10月1日から翌年9月30日まで）　ひとり親家庭等医療費助成受給資格認定（更新）申請書

※受付年月日		※受付番号		発送定書等		前回認定書等番号		前回ナンバー		※地区名	

①申請者	氏名		自宅電話		携帯電話		勤務先名称		所在地	
	生年月日	S・H・R　年　月　日	生所	新潟市　区			児童扶養手当	申請中・非受給 受給（　年　月分まで）	後期高齢者	非該当・該当	生活保護等	申受給（　年　月まで） 申 初（　年　月分から）

年分割併	氏名	続柄	※保険者番号	扶養親族				⑫（配偶者の[ ]内は、控除対象配偶者）	⑬ 所得額（円）	障害者等級				地方税減免		⑭ 難病・小児慢性特定疾病（円）	⑮ 医療保険（円）	⑯ その他の医療（円）	※自己負担限度額	※ 控除後の所得額（円）	※ 所得割額（円）
				扶養人数 一般	老人	特定	16～18			精神	身体	障害	知的	寡婦	ひとり親	勤労					
②申請者	個人番号																		80,000		
③配偶者	個人番号																		80,000		
④扶養義務者	個人番号																		80,000		
	個人番号																		80,000		
	個人番号																		80,000		

⑤申請子及び児童	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	※受理中	発症又は疾病を始めた年月日	同居・別居の別	障がいの有無	⑰ 障がい名	重度心身障がい者医療受給	※ 障がい確認の内容	受給対象非受給
		S・H・R	本人				有・無		有・無		対象非受給
		S・H・R				同居・別居	有・無		有・無	身体障がい者手帳（1・2・3級）療育手帳（A・B）精神障がい者保健福祉手帳 特別児童扶養手当	対象非受給
		S・H・R				同居・別居	有・無		有・無	身体障がい者手帳（1・2・3級）療育手帳（A・B）精神障がい者保健福祉手帳 特別児童扶養手当	対象非受給
		S・H・R				同居・別居	有・無		有・無	身体障がい者手帳（1・2・3級）療育手帳（A・B）精神障がい者保健福祉手帳 特別児童扶養手当	対象非受給

⑱加入医療保険	保険の種類	1 国保（市・組合） 2 協会けんぽ 3 組合 4 共済 5 船員 6 後期
	被保険者氏名	
	申請者との続柄	
	保険者名	

※添付書類	戸籍謄本（抄本） 住民票の写し 所得証明
	認定調書 養育費申告書 その他（　　）
	【提示】 児童扶養手当証書 保険証等
	・原本は当日提出の児童扶養手当申請書に添付

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成受給資格の認定（更新）を申請します。併せて、認定に関して必要があるときは、私及び配偶者及びに扶養義務者の戸籍、住民基本台帳、市民税の課税状況及び児童扶養手当の支給状況等を公簿等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）により確認することに同意します。

（あて先）　新　潟　市　長

令和　　年　　月　　日　　氏名

※審査	認定	※同時受付	児童扶養手当（　新規請求　・　現況届　） 変更届（後縁者・所得状況・　　）
	却下	※受付者	※公簿確認

太枠で囲んだ部分を記入してください。

（裏）

記入上の注意

1　①の欄

「児童扶養手当」欄及び「生活保護等」欄は、該当するものを○で囲み、受給している場合には、受給開始年月を記入してください。

また、「後期高齢者」欄は、高齢者の医療の確保に関する法律による医療を受けている場合は、該当するものを○で囲んでください。

なお、「生活保護等」とは、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律をいいます。

2　②の欄

「配偶者」には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。

3　③の欄

あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族又は兄弟姉妹があるときに記入してください。

4　④の欄

申請者及び児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は障がいの状態にある20歳未満の者をいいます）について記入してください。

5　⑩の欄

ひとり親家庭等となった事由について、次に掲げるところにより該当する文字を記入してください。

イ　父母婚姻　ロ　父・母の死亡　ハ　父・母の障がい　ニ　父・母の生死不明

ホ　父・母の遺棄　ヘ　父・母の保護命令　ト　父・母の拘禁

チ　未婚の女子で妊娠した者　リ　その他

6　⑰の欄

⑯の欄に記入した児童に障がいがあるときは、障がい名を記入してください。

7　⑱の欄

新潟市重度障がい者医療費助成の利用の有無を○で囲んでください。

8　⑲の欄

「保険の種類」欄は、該当する番号を○で囲んでください。

なお、「国保」は市民税世帯、「協会けんぽ」は全国健康保険協会管掌健康保険、「組合」は組合管掌健康保険、「共済」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は私立学校職員共済、「船員」は船員保険、「後期」は後期高齢者医療の場です。

9　⑳の欄

記入不要です。

10　㉑の欄

地方税法上の扶養親族以外で、前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童の数を記入します。

「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障がいの状態にある20歳未満の者をいいます。

11　㉒から㉔までの欄

記入不要です。

12　この申請書に添えていただく書類は、次のとおりです。

(1)　申請者と児童の加入医療保険の資格情報が確認できるもの

(2)　申請者と児童の戸籍の謄本又は抄本とそれらの者の属する区画全員の住民票の写し（省略可能の場合があります）

(3)　申請者が養育者である場合は、児童の父母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本若しくは抄本

(4)　本年1月2日以後現住所に転入された方は、通帳から⑫までの欄に記入する事項についての前住所地の市区町村長の証明書

(5)　ひとり親家庭等認定調書

⑥の欄の「リ　その他」に該当する場合は、裏面等を記する書類を添えてください。

(6)　児童扶養手当証書を提示できる方は、上記の(2)から(4)までの書類は必要ありません。

13　この申請書について分からないことがありましたら、担当の職員におたずねください。

別記様式第２号

（表）

新潟市ひとり親家庭等医療費助成受給者証	
公費負担者番号	
助成対象者	受給者番号 氏　名 生年月日
有効期間	

切り離し無効

一部負担額： 入院　1日　1,200円（医療機関ごと） 通院　1日　　530円（医療機関ごと、5回目以降は0円） 調剤　全額助成

受給者	
発行機関及び印	
交付年月日	

（裏）

注　意　事　項

1　この証は、医療機関等に受診した際、市から保険の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから大切に保管してください。

2　医療機関等において診療を受ける場合は、加入医療保険の資格情報が確認できるもの及びこの証を必ず窓口に提示してください。
　標準負担額の減額認定を受けている者が入院し、食事療養又は生活療養を受ける場合は、この他に減額認定を受けていることが確認できるものを提示してください。

3　県外の医療機関等を受診した場合は、医療費助成金支給申請書に保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、市長に申請してください。

4　次の場合には、速やかに市長に届け出てください。
(1) 受給者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
(2) 受給者の資格がなくなったとき。
(3) 新たに監護し、又は養育する児童を有するに至ったとき。
(4) 第三者の行為による治療を受けたとき。
(5) この証を破損し、汚損し、又は紛失したとき。

5　この証の有効期間は表面のとおりですので、８月１日から８月31日までの間に、区役所又は出張所（北区、東区、中央区及び西区の出張所に限ります。）で更新の手続をしてください。

6　不正にこの証を使用したものは、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

※ 学校等の管理下で発生したけが等で日本スポーツ振興センターの給付対象となる場合及び学校保健法の医療券対象となる場合は、助成の対象になりません。

別記様式第３号

第　　号
年　　月　　日

様

新潟市長　　印

ひとり親家庭等医療費助成受給資格認定申請却下決定通知書

下記のとおりひとり親家庭等医療費助成受給資格認定申請がありましたが、審査の結果、下記の理由により資格が認められませんので通知します。

記

認定番号	
申請者氏名	
申請日	
却下理由	下記申請者の　　年中の所得が、新潟市ひとり親家庭等医療費助成規則第3条第3項に規定する所得額を上回っているため。 対象者(扶養義務者) 所得基準額　　円

問い合わせ先

別記様式第４号

ひとり親家庭等医療費助成受給者証再交付申請書

認定番号		受給者氏名	
		生年月日	年　　月　　日
住所			
再交付対象者氏名	1		4
	2		5
	3		6
再交付申請の理由			

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

住所

申請者

氏名

(あて先)新潟市長

注1　再交付申請の理由は、具体的に詳しく記入してください。
　2　破損又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
　3　紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。

処理欄

住記確認	受付場所	受付担当者	再発行処理

別記様式第５号

ひとり親家庭等医療費助成
助成金支給申請書

年　　月　　日

(あて先)新潟市長

住所
申請者
氏名

認定番号

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成の助成金を申請します。

受給者番号		助成対象者氏名			
振込指定機関	銀行　金庫 組合　農協 支店 出張所	口座番号		カナ 氏名	
他法負担額	円	一部負担金	円	決定額	円

(診療月　　年　　月分)		医療機関名	
外来	月の初回受診日の領収済額　円	当月分点数	点
	月の2回目受診日の領収済額　円		
	月の3回目受診日の領収済額　円		
	月の4回目受診日の領収済額　円		
	月の5回目以降受診日の領収済額　円		
入院	入退院年月日　・　・　～　・　・	当月分点数	点
	再入退院年月日　・　・　～　・　・	当月分点数	点
	食事療養を受けた回数　回 (うち長期該当回数　回)	食事療養 当月分負担額	円
訪問看護	利用日数　日	当月分療養費	点
他法負担の有無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 児童福祉法・母子保健法 その他(　　)	公費分点数	点
		患者負担額 (公費分)	円

注1　太線の枠内のみ記入してください。
　2　同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれに助成金支給申請書と領収書が必要です。

別記様式第６号

ひとり親家庭等医療費助成

助成金支給申請書（入院時生活療養費用）

令和　　年　　月　　日

（あて先）新潟市長

住　所　新潟市　　区

申請者

氏　名

認定番号

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成の助成金を申請します。

受給者番号		助成対象者氏名			
振込指定機関	銀行　金庫 組合　農協 支店 出張所	口座番号	普通・当座	カナ 口座名義人	
他法負担額	円	一部負担金	円	決定額	円

（診療月　　年　　月分）			医療機関名	
所得区分等	ひとり親家庭等医療費助成額単価	該当	食事回数	当月分負担額
適用区分オ・低所得者Ⅱ	２００円／食		回	円
低所得者Ⅰ	１２０円／食			
低所得者１（老齢福祉年金受給者）・境界層該当者	１３０円／食			
入院医療の必要性の高い者	２７０円／２２０円／１３０円／食			

注１　太線の枠内のみ記入してください。

２　「当月分負担額」は（ひとり親家庭等医療費助成額単価）×（食事回数）の金額を記入してください。