

○桜井市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則

昭和53年10月17日

規則第19号

改正 昭和55年7月10日規則第20号

昭和57年3月31日規則第3号

昭和58年1月25日規則第2号

昭和59年5月17日規則第12号

昭和60年3月27日規則第5号

昭和61年12月30日規則第32号

平成6年9月30日規則第23号

平成7年3月31日規則第13号

平成9年8月29日規則第17号

平成10年3月30日規則第13号

平成12年7月1日規則第25号

平成12年12月28日規則第37号

平成14年3月28日規則第13号

平成14年7月30日規則第28号

平成14年9月27日規則第31号

平成17年3月31日規則第18号

平成18年9月29日規則第22号

平成23年7月6日規則第23号

平成28年3月30日規則第6号

平成28年7月29日規則第24号

(趣旨)

第1条 この規則は、桜井市ひとり親家庭等医療費助成条例（昭和53年10

月桜井市条例第25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。

第1条の2 条例第2条第1項に規定する規則で定める社会保険各法(以下「社会保険各法」という。)は、次の各号に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(証明書の交付申請)

第2条 条例第5条の規定による証明書の交付を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付(更新)申請書(第1号様式。以下「受給資格証交付申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、条例第2条第1号ウ又はエに掲げる者について、扶養又は養育する者が同時に申請書を提出する場合には、第3号の書類を除き、受給資格証交付申請書その他の書類の提出を要しない。

- (1) 住所を明らかにする書類
- (2) 前年の所得(1月から7月までの間に受けた医療に係る医療費については、前々年の所得とする。)を明らかにする書類
- (3) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)に基づく被保険者証若しくは被保険者資格証明書又は社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証若しくは加入者証

2 前項の規定にかかわらず、対象者が市内に住所を有するときは、前項第1号に掲げる書類は添付することを要しない。

(証明書の交付)

第3条 受給資格証交付申請書を受理した市長は、条例第2条により判定し、医療費を助成することが適当と認めるときは、条例第5条第1項の規定によりひとり親家庭等医療費受給資格証（第2号様式。以下「受給資格証」という。）を交付するものとし、助成することが不適当と認めるときは、その理由を付し、ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請却下通知書（第3号様式）を交付するものとする。

2 受給資格証の交付を受けた者（以下「対象者」という。）は、受給資格証の有効期間が満了した場合には、当該受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。

(市長が定める助成金控除額)

第4条 条例第3条第1項第4号に規定する額は、病院若しくは診療所等（保険薬局を除く。）の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、第2号において、14日未満の入院療養である場合は、500円とする。

- (1) 外来療養である場合 500円
- (2) 入院療養である場合 1,000円

(支給方法)

第5条 条例第3条第2項の規定により助成金の支給を受けようとする者は、ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書（第4号様式）又はひとり親家庭等医療費助成金交付請求書（第5号様式。次項においてこれらを「請求書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の請求書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、助成金を交付するものとする。

(受給資格証の更新申請等)

第6条 対象者は、毎年6月1日から同月30日までの間に、受給資格証交付申請書に第2条第1項に規定する書類を添えて市長に提出して受給資格証の更新を申請することができる。

2 第2条第2項の規定は、前項の規定による受給資格証の更新申請をする場合について準用する。

3 第3条の規定は、第1項の規定による受給資格証の更新申請があった場合について準用する。

(受給資格証の再交付)

第7条 対象者は、受給資格証を破り若しくはよごし、又は失ったときは、ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書(第6号様式)により市長に再交付を申請しなければならない。この場合において、破り、又はよごした受給資格証を添えなければならない。

2 対象者は、受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

(届出)

第8条 条例第6条に規定する届出の事由は、次の各号に掲げるものとし、ひとり親家庭等医療費助成資格(変更・喪失)届(第7号様式)に受給資格証を添えて市長に届け出なければならない。

(1) 対象者が住所又は氏名を変更したとき。

(2) 対象者が加入医療保険に変更があったとき。

(3) 条例第2条に規定する者に該当しなくなったとき、又は対象者が死亡したとき。

(受給者台帳の整理)

第9条 市長は、対象者についてひとり親家庭等医療費受給者台帳(第8号

様式)を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない。

(その他)

第10条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和53年10月1日から適用する。

附 則 (昭和55年7月10日規則第20号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和57年3月31日規則第3号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和58年1月25日規則第2号)

(施行期日)

1 この規則は、昭和58年2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第1号様式、第3号様式、第4号様式及び第5号様式による用紙は、当分の間これを取り繕つて使用することができる。

附 則 (昭和59年5月17日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和60年3月27日規則第5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 この規則の施行の際、現に作成されている母子医療費受給者台帳は、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）第8条の規定により作成された母子医療費受給者台帳とみなす。

- 3 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定に基づき作成されている申請書等の用紙で残部のあるものについては、改正後の規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

附 則（昭和61年12月30日規則第32号）

- 1 この規則は、昭和62年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則（以下「改正前の規則」という。）の規定に基づき交付されている母子医療費受給資格証は、当該母子医療費受給資格証の有効期間が満了するまでの間は、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定により交付された母子医療費受給資格証とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の規則の規定に基づき作成されている母子医療費受給資格証の用紙で残部のあるものについては、改正後の規則の規定にかかわらず、必要な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23号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、平成6年10月1日から施行する。
（第2条の規定の施行に伴う経過措置）
- 4 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により交付されている母子医療証及び母子医療費受給資格証は、当該母子医療証及び母子医療費受給資格証の有効期限が満了するまでの間は、それぞれこの規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により交付された母子医療証及び母子医療費受給資格証とみなす。

- 5 この規則の施行の際、現に改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている母子医療証及び母子医療費受給資格証の用紙で残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成7年3月31日規則第13号）

この規則は、平成7年4月1日から施行する。

附 則（平成9年8月29日規則第17号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、平成9年9月1日から施行する。

（第2条の規定の施行に伴う経過措置）

- 5 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則（以下次項において「改正前の規則」という。）の規定により作成されている母子医療費助成金交付請求書（以下この項及び次項において「交付請求書」という。）は、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成された交付請求書とみなす。

- 6 この規則の施行の際、現に改正前の規則の規定により作成された交付請求書の用紙で残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成10年3月30日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成12年7月1日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成12年12月28日規則第37号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成13年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

附 則 (平成14年3月28日規則第13号) 抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年4月1日から施行する。

(第3条の規定に関する経過措置)

- 4 この規則の施行の際、現に改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

附 則 (平成14年7月30日規則第28号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な修正を加え使用することができる。

附 則 (平成14年9月27日規則第31号) 抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年10月1日から施行する。

(第3条の規定に関する経過措置)

- 4 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な修正を加え使用することができる。

附 則（平成17年3月31日規則第18号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、平成17年8月1日から施行する。
- （第2条に関する経過措置）
- 4 この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。
- 5 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成された母子医療費助成金交付請求書の用紙で残存するものは、この規則による改正後の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、所要の修正を加え、使用することができる。

附 則（平成18年9月29日規則第22号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成23年7月6日規則第23号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成23年8月1日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の桜井市母子医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、

改正後の桜井市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

(桜井市行政組織規則の一部改正)

- 3 桜井市行政組織規則（昭和44年6月桜井市規則第11号）の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

附 則（平成28年3月30日規則第6号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年7月29日規則第24号）

この規則は、平成28年8月1日から施行する。

第1号様式(第2条・第6条関係)

| ひとり親家庭等 医療証 [交付] 申請書 医療費受給資格証 [更新] | | | | | | | | | | ※ 審査 | | |
|---|----|--|--------|----------|------|-------|-------|--|--|--------------------------|-----|-----|
| 世帯番号 <input style="width: 50px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 受給者番号 | | ③ 加入医療保険 | | | | | | 附加給付等の有・無 | | |
| | | 現住所 | | | | | | | | | | |
| ①申請者(父母等) | | | 記号 | 番号 | | | | | | | 有・無 | 要・否 |
| | | | 被保険者氏名 | 被保険者住所 | | | | | | | | |
| | | | 保険者番号 | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | | | 保険者所在地 | 対象者との続柄 | 保険種別 | 政・組・日 | 船・共・国 | | | | | |
| 助成対象 | | | 記号 | 番号 | | | | | | | 有・無 | 要・否 |
| | | | 被保険者氏名 | 被保険者住所 | | | | | | | | |
| | | | 保険者番号 | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | | | 保険者所在地 | 対象者との続柄 | 保険種別 | 政・組・日 | 船・共・国 | | | | | |
| 対象児 | | | 記号 | 番号 | | | | | | | 有・無 | 要・否 |
| | | | 被保険者氏名 | 被保険者住所 | | | | | | | | |
| | | | 保険者番号 | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | | | 保険者所在地 | 対象者との続柄 | 保険種別 | 政・組・日 | 船・共・国 | | | | | |
| 児童者 | | | 記号 | 番号 | | | | | | | 有・無 | 要・否 |
| | | | 被保険者氏名 | 被保険者住所 | | | | | | | | |
| | | | 保険者番号 | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | | | 保険者所在地 | 対象者との続柄 | 保険種別 | 政・組・日 | 船・共・国 | | | | | |
| 養育費の有無 | | 1 なし 2 あり(年間: 円) | | | | | | | | | | |
| 申請事由 該当する番号を○で囲んでください。 (1については()内の符号) | | 1 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの (ア 死亡 イ 離婚 ウ 生死不明 エ 遺棄 オ 海外渡航中 カ 障害 キ 拘禁 ク 未婚) 2 配偶者のない女子又は男子に扶養されている対象児童 3 父母のない児童 4 3の児童を養育している配偶者のない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおりひとり親家庭等 医療証 医療費受給資格証 の交付を申請いたします。 尚、申請に伴い桜井市が受給者及び扶養義務者等の所得状況について 市民税課税台帳等により確認することに同意します。 年 月 日 | | | | | | | | | | 台帳 見出 所得 払出 | | |
| 桜井市長 様 | | | | | | | | | | 申請者住所 氏 名 電話番号 局 番 | | |

※ 裏面の注意書をよく読んで記入してください。
字は楷書ではっきり書いてください。

第2号様式(第3条関係)

(表 面)

| ひとり親家庭等医療費受給資格証 | |
|---|--------------------------------|
| 公費負担者番号 | |
| 受給者番号 | |
| 受給者 | 住 所 |
| | 氏 名 |
| | 生年月日 |
| 有効期間 |年 月 日 から年 月 日 まで |
| 発行機関名 及び印 | |
| 交付年月日 |年 月 日 |
| (注)奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市へ直接申請してください。 | |

(裏 面)

| 注 意 事 項 | |
|--|--|
| <p>1 この証は、健康保険証を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、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。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証(被保険者証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 福祉医療費資金貸付制度利用者は、資金貸付資格認定書を必ず本受給資格証に添えて窓口へ提出してください。</p> <p>4 受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。</p> <p>5 氏名又は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。</p> <p>6 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。</p> <p>7 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。</p> <p>有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市長に返してください。</p> | |

第3号様式(第3条関係)

第 号
年 月 日

様

桜井市長



ひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請却下通知書

年 月 日付で申請のあったひとり親家庭等医療費受給資格証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

理由

この決定に不服があるときは、この決定の通知を受け取った日の翌日から3月以内に桜井市長に対し審査請求をすることができます。

また、決定に対する処分取り消しの訴えは、この処分の通知を受け取った日の翌日から6か月以内に桜井市を被告として(訴訟において桜井市を代表する者は、桜井市長となります。)提起することができます。ただし審査請求をした後に処分取り消しの訴えをする場合は、審査請求に対する裁決の通知を受け取った日の翌日から起算して6か月以内が出訴期間となります。

第4号様式(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

| | | | |
|--|--|-------|--|
| 受給者番号 | | 受給者番号 | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 生年月日 | | 生年月日 | |
| 受給者番号 | | 受給者番号 | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 生年月日 | | 生年月日 | |
| 受給者番号 | | 受給者番号 | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 生年月日 | | 生年月日 | |
| 受給者番号 | | 受給者番号 | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 生年月日 | | 生年月日 | |
| 上記の者にかかるひとり親家庭等医療費助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者住所 桜井市 氏名 氏名 (印) 桜井市長 様 電話番号 局 番 | | | |

(委任状) 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
 年 月 日請求した助成金の受領に関する事。
 申請者の住所・氏名 _____ (印)
 代理人の住所・氏名 _____ (印)

| | | | | | | | | | |
|-------------|-------|------------------|-----------------|----|--|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 出張所 | 店番 | | | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | 口座名義 | フリガナ 名 義 | | | | | | | |

第5号様式（第5条関係）

| ひとり親家庭等医療費助成金交付請求書 | | | | | | | | | | |
|--|------------------|------------------------|--------------------|----------------|-------------------|-----------|---|-------|-------------|--|
| | | | | | | | | 年 月 日 | | |
| 桜井市長 様 （注）※欄は、記入しないでください。 | | | | | | | | | | |
| ※金 | 円 | 申請者 | 住 所 氏 名 電話番号 | | | | | | 印 | |
| ただし、 年 月分ひとり親家庭等医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。 | | | | | | | | | | |
| 受給資格証 受給者番号 | | | | 受給者氏名 | | | | | | |
| | | | | 年 月 日生 | | | | | | |
| 加入医療保険 名 称 | | | | 加入医療保険 記号番号 | | | | | | |
| なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。 | | | | | | | | | | |
| 振込 口座 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 | 普通 当座 | 番号 | | | | | フリガナ 名 義 | |
| ※医療状況書 年 月分 該当制度（ ） | | | | | | | | | | |
| 医療 機 関 等 記 入 欄 | 入 | 入院日数： 日（ 年 月 日～ 年 月 日） | | | | | | | | |
| | 院 | 総 点 数 | A | 自 己 負 担 額 | B | 一 部 負 担 金 | C | | | |
| | | 点 | | 円 | | 円 | | | | |
| | 外 来 | 通院日数： 日 | | | | | | | | |
| 総 点 数 | | A | 自 己 負 担 額 | B | 一 部 負 担 金 | C | | | | |
| | | 点 | | 円 | | 円 | | | | |
| 上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。 | | | | | | | | | | |
| 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | 保険の自己負担割合（2割・3割） | | | | 附加給付の有無（ ） | | | | | |
| | 高額療養費の有無（限度額 円） | | | | 所得区分（上位・一般・低Ⅰ・低Ⅱ） | | | | | |
| | 他制度の有無（ ） | | | | | | | | | |
| ※ 自 己 負 担 額（ 円）－ 附加給付額（ 円）－ 一部負担金相当額（ 円）＝ 支給額 円 ※ 高額療養費（ 円） | | | | | | | | | | |
| ※交付年月日 | | 年 月 日 | | | ※台帳整理 | | | | | |

第6号様式(第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

桜井市長 様

申請者 住所

氏名



下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

| | | | | | |
|---------|-----------|-----|-------|----|--|
| 対象者 | 受給資格証記号番号 | 記号 | | 番号 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 申請理由 | | | | | |
| ※再交付年月日 | | 年月日 | ※台帳整理 | | |

- (注)1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。
3 ※欄は記入しないでください。

第7号様式(第8条関係)

ひとり親家庭等医療費助成資格(変更・喪失)届

年 月 日

桜井市長 様

届出者 住 所
氏 名



下記のとおり変更・喪失しましたので、届けます。

| 受給資格証 記号・番号 | 記 号 | 番 号 | | | |
|----------------|---------------|-------|---|----|----|
| 変 更・喪 失 | | 変 更 前 | 事 由 | | |
| 氏 名 | 男・女 | | 変更 ・氏名変更 ・転居 ・医療保険加入 状況変更 ・その他 | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | | |
| 住 所 | | | 喪失 ・死亡 ・転出 ・生活保護 ・所得超過 ・その他 () | | |
| 医療保険の 加入状況 | (被保険者氏名) | | | | |
| | (被保険者住所) | | | | |
| | (被保険者証の記号・番号) | | | | |
| 加入状況 | (受給者との続柄) | | 事由発生年月日 年 月 日 | | |
| | (保険者の名称) | | | | |
| | (保険者番号) | | 台帳 | 見出 | 電算 |
| (保険者の所在地) | | | | | |

第8号様式(第9条関係)

| | | | | | |
|--------|---------|--|------|----------|--|
| 受給者番号 | ひとり親家庭等 | | | 医療費受給者台帳 | |
| (ふりがな) | | | 生年月日 | 住 | |
| 受給者名 | | | | 所 | |

| | | | | | | |
|--------|---------------|------|--------|----|--|----|
| 医療保険 | 被保険者名又は(組合員名) | | | 続柄 | | 備考 |
| | 住所 | | | | | |
| | 保険種別 | 記号番号 | | | | |
| | 保険者名 | | 保険者番号 | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 附加給付の有無 | | | | | |
| 扶養義務者名 | | 男・女 | 大・昭・平 | 住 | | |
| | | | 年 月 日生 | 所 | | |

| 年度 | 年 度 | | 年 度 | | 年 度 | | 年 度 | |
|------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|
| 判定 | 可 | 不可 | 可 | 不可 | 可 | 不可 | 可 | 不可 |
| 申請 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 |
| 交付日 | ・ ・ | | ・ ・ | | ・ ・ | | ・ ・ | |
| 有効期間 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 |
| | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 |

| 年度 | 年 度 | | 年 度 | | 年 度 | | 年 度 | |
|------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|
| 判定 | 可 | 不可 | 可 | 不可 | 可 | 不可 | 可 | 不可 |
| 申請 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | 有・無 | 1 所得超 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 |
| 交付日 | ・ ・ | | ・ ・ | | ・ ・ | | ・ ・ | |
| 有効期間 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 | ・ ・ } | 2 無申告 イ 本人 ロ 配偶者 ハ 扶養義務者 |
| | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 | ・ ・ | 3 その他 〔 〕 |

第1号様式（第2条・第6条関係）

第2号様式（第3条関係）

第3号様式（第3条関係）

第4号様式（第5条関係）

第5号様式（第5条関係）

第6号様式（第7条関係）

第7号様式（第8条関係）

第8号様式（第9条関係）