

健康保険被保険者証等の廃止に伴う関係規則の整理に関する規則をここに公布する。

令和8年8月7日

たつの市長

山本 泉

たつの市規則第21号

健康保険被保険者証等の廃止に伴う関係規則の整理に関する規則

(たつの市福祉医療費助成条例施行規則の一部改正)

第1条 たつの市福祉医療費助成条例施行規則（平成17年規則第53号）の一部を次のように改正する。

様式第2号を次のように改める。

様式第2号（第6条関係）

高齢期移行医療 高額医療費支給申請書

(ふりがな)			診 療 月	年 月	
受 給 者 氏 名			受給者番号		
生 年 月 日	年 月 日		負 担 区 分		
保 険 者 名			保険者番号		
被 保 険 者 記 号 番 号	記号	番号	被 保 険 者 氏 名	受給者との続柄	
医療機関等の名称		自己負担額	医療機関等の名称		自己負担額
合算の対象となる方の氏名及び医療受給者証の受給者番号					
氏 名					
受給者番号					
他の公費負担制度・第三者行為等の有無			☐ 有 (制度名) ☐ 無		
振込希望 金融機関			銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	支店	
	☐ 普通 (総合) ☐ 当座	口座番号		ふりがな	
			口座名義人		
上記のとおり申請します。 年 月 日					
申請者 (受給者)			住 所		
たつの市長 様			氏 名 電 話 ()		

様式第10号を次のように改める。

母子家庭等医療費受給者証 交付更新申請書

	受給者番号	氏 名	性別	生 年 月 日	同居・別居 の 別	他 の 医 療 該 当 の 有 無	
受 給 対 象 者	母・父・ 養育者等		男・女	年 月 日	/	有・無	
							個人番号
	対 象 児 童	1	男・女		年 月 日	同・別	有・無
		2	男・女		年 月 日	同・別	有・無
		3	男・女		年 月 日	同・別	有・無
		4	男・女		年 月 日	同・別	有・無
※別居している対象児童がいる場合には、児童の属している世帯全員の住民票が必要です。							
（扶養義務者） 同居親族	1	男・女		年 月 日	続柄		
							個人番号
	2	男・女		年 月 日	続柄		
							個人番号
（現在の状況） 受給理由	☐ 配偶者と死別 ☐ 配偶者と離婚 ☐ 配偶者が生死不明 ☐ 配偶者に遺棄 ☐ 配偶者が心身障害 ☐ 配偶者が拘禁状態 ☐ 未婚 （注）遺児家庭の場合は、「配偶者」を「両親」と読み替えてください。						
	上記理由が発生年月日 年 月 日						
加入医療保険	保 険 種 別	☐ 市国保 ☐ その他の国保 ☐ 協会けんぽ ☐ 組合健保 ☐ 共済組合 ☐ 船員保険					
	記 号			番 号			
	被 保 険 者 名			母・父・養育者 等からみた続柄			
	保 険 者 名			保 険 者 名			
	資 格 取 得 日	年 月 日					
	※対象児童の加入医療保険が母・父・保護者等と別の場合は、児童の資格確認書等の写しを添付してください。						
年金受給等	児童扶養手当	あり（支給停止も含む） あ な し		番 号			
	各 種 年 金	あり（ 年金） あ な し		番 号			
生計の状況	※前夫等（未婚の場合は児童の父親）から養育費を受けている場合は、下欄に記入してください。						
	前夫等の氏名	子の氏名	養 育 費 の 額		○前年の1月から12月までの間に受け取った額と受取りの状況について記入してください。		
			円				
			円				
			円				
			円				
上記のとおり申請します。 なお、申請に当たって、次のことについて同意します。また、現在事実婚を含め、婚姻の事実はありません。							
1 資格認定及び福祉医療費の受給に関し、必要な事項について、たつの市長が関係機関へ照会すること。 2 世帯合算等により加入保険者から高額医療費等が生じた場合、福祉医療費に充当するため、その申請及び受領について、たつの市長に委任すること。							
年 月 日 たつの市長 様 申請者 住 所 氏 名 世 帯 主 電 話 ()							

(たつの市国民健康保険条例施行規則の一部改正)

第2条 たつの市国民健康保険条例施行規則（平成17年規則第85号）の一部を次のように改正する。

様式第8号を次のように改める。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者 番号			世帯主氏名											
	(ふりがな)					生年月日	年 月 日								
	氏 名														
	住 所														
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()						本店・支店 出張所・本店営業 部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号										
	口座名義(カタカナ)														
	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。														
上記のとおり申請します。 年 月 日 たつの市長 様 世帯主氏名 電 話 () 個人番号															

【受取代理人の欄】 (世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名		
代理人 (口座名 義人)	〒 — —		世帯主との関係
	(ふりがな)		
	氏 名		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

(たつの市下水道排水設備指定工事店規則の一部改正)

第3条 たつの市下水道排水設備指定工事店規則（平成17年規則第123号）の一部を次のように改正する。

様式第2号を次のように改める。

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

選任責任技術者名簿（新規・解除）

たつの市長 様

指定（登録）番号 第 号
商 号
〒
営業所所在地 電話 （ ）
代 表 者 氏 名

ふ り が な 選 任 者 氏 名	住 所	登 録 番 号	摘 要
-----	〒	第 号	
-----	〒	第 号	
-----	〒	第 号	

〔添付書類〕

- 1 責任技術者証の写し
- 2 雇用関係を確認できるものとして、下記のうちいずれか一つ
 - （1）雇用保険被保険者資格取得確認通知書及び保険料領収書の写し
 - （2）従業員全員の賃金台帳又は源泉徴収簿及び所得税納付額領収書の写し

（注）選任解除の場合は、名簿を別葉とするとともに、責任技術者証は原本を提示すること。

(たつの市企業立地促進条例施行規則の一部改正)

第4条 たつの市企業立地促進条例施行規則（平成18年規則第23号）の一部を次のように改正する。

様式第3号を次のように改める。

奨励金交付申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所
(所在地)
氏 名
(名称及び代表者名)
電話番号 ()

年 月 日付け 第 号をもって指定事業者として指定を受けたので、
たつの市企業立地促進条例第3条の規定による 年度奨励金の交付を受けたく、たつ
の市企業立地促進条例施行規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

奨励金の額

奨励金の内容	金 額
工場設置奨励金	円
工場緑化奨励金	円
雇用奨励金	円
用地取得奨励金	円
建物機械設備奨励金	円
特定業務施設設置奨励金	円
合 計	円

算出基礎

操 業 開 始 時 に お け る 投 下 固 定 資 産 総 額	工場用地取得費		円	
	工場建設費		円	
	償却資産取得費		円	
	合 計		円	
設置の区分		新 設 ・ 増 設 ・ 移 設		
申請年度		初年度 ・ 第 () 年度 ・ 最終年度		
指定区分		一 般 ・ 特 定		
工場設置 奨励金	対象施設に対する 年度固定資産税額 (100円未満切捨て)			
	土地(A)	円	建物(B)	円
	償却資産(C)	円	合計 (A+B+C)	円
	奨 励 金 額 (千円未満切捨て)		円	
工場緑化 奨励金	緑 地 面 積 (E)		奨 励 金 額 (千円未満切捨て) (E/10×4,000円×2/3)	
	m ²		円	
雇用 奨励金	常時雇用従業員の 総人数 (申請時)	人	奨 励 金 額 (F×300,000円)	
	雇用奨励金交付対 象従業員数 (F)	人	円	
用地取得 奨励金	工事用地取得費の100分の60 (限度額5千万円)		円	
	上記のうち奨励金額(千円未満切捨て)		円 (年目 / 5 年)	
建物機械 設備奨励金	工場建設費+償却資産取得費の100分の 10(限度額3千万円)		円	
	上記のうち奨励金額(千円未満切捨て)		円 (年目 / 5 年)	
特定業務施設 設置奨励金	対象施設に対する 年度固定資産税 不均一課税による軽減額		円	
	上記のうち奨励金額 (千円未満切捨て)		円	

(添付書類)

- (1) 投下固定資産総額を証する書類 (領収書、契約書の写し等) ※初年度以外は必要としない。
- (2) 市税の納税証明書 (市税全てのもの)
- (3) 常時雇用従業員名簿 (入社日等、雇用期間が分かるもの)
- (4) 雇用奨励金交付対象従業員であることを証する書類 (健康保険の被保険者であることがわかる書類)
- (5) 工場緑地面積を証する書類 (緑地実測図面、樹木の種類・数、写真等)
- (6) 課税免除及び不均一課税の内容を証する書類 (特定事業者のみ)
- (7) その他参考書類

(たつの市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施行細則の一部改正)

第5条 たつの市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施行細則（平成18年規則第31号）の一部を次のように改正する。

様式第26号を次のように改める。

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※ 1														
障害者・児	ふりがな 受診者氏名									年齢	生 年 月 日			
	受診者住所									歳	年 月 日			
	個人番号									電話番号				
受診者が 18 歳未満の場合	ふりがな 保護者氏名									受診者との関係				
	保護者住所									電話番号				
	保護者個人番号													
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号									保険者名				
	受診者と同一保険の加入者個人番号	氏 名								個 人 番 号				
該当する所得区分 ※ 2	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 2・一定以上								重度かつ継続 ※ 3	該当・非該当				
身体障害者手帳番号														
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医 療 機 関 名								所在地					
受給者番号 ※ 4														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 たつの市長 様 年 月 日														
														申請者氏名

- ※ 1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※ 2 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 3 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 4 再認定または変更の方のみ記入

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 2・一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 3・一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認書類			
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

依 頼 書

たつの市長 様

私は、自立支援医療費（更生医療）の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。

年 月 日

申請者氏名

○必要書類 保険証

※世帯全員が市町村民税非課税の場合

収入状況が確認できる書類

例：障害基礎年金の振込通知書など

【参考】自立支援医療の対象者及び自己負担について

- 1 対象者は、従来の更生医療の対象者と同じで、一定所得未満の方になります。
- 2 更生医療の対象となる疾患は次のとおりです。
 - (1) 肢体不自由によるもの
 - (2) 視覚障害によるもの
 - (3) 聴覚、平衡機能障害によるもの
 - (4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
 - (5) 内臓障害によるもの(心臓、腎臓、小腸、肝臓機能障害に限る)
 - (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの
- 3 給付水準は、自己負担として1割負担（☐ 部分）となります。
 ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定しています。
 また、入院時の食事（標準負担額）については自己負担となります。

← 一定所得以下		→ 中間所得層		→ 一定所得以上	
生活保護世帯	市町村民税非課税	市町村民税非課税	市町村民税<3万3千円	3万3千円≤市町村民税<23万5千円	23万5千円≤市町村民税
←	世帯収入≤80万9,000円	世帯収入>80万9,000円	→ (所得割)	→ (所得割)	→ (所得割)
生活保護負担0円	低所得1 負担上限額 2,500円	低所得2 負担上限額 5,000円	中間所得層 負担上限額：医療保険の自己負担限度額		一定所得以上 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			重度かつ継続		
			中間所得層1 負担上限額 5,000円	中間所得層2 負担上限額 10,000円	一定所得以上(重継) 負担上限額 20,000円

様式第33号を次のように改める。

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※ 1														
障害者・児	ふりがな									年齢	生 年 月 日			
	受診者氏名									歳	年 月 日			
	受診者住所													
	個人番号									電話番号				
受診者が 18 歳未満の場合	ふりがな									受診者との関係				
	保護者氏名									電話番号				
	保護者住所													
	保護者個人番号													
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号									保険者名				
	受診者と同一保険の加入者	氏 名								個 人 番 号				
該当する所得区分 ※ 2	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 2・一定以上								重度かつ継続 ※ 3	該当・非該当				
身体障害者手帳番号														
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医 療 機 関 名								所在地					
受給者番号 ※ 4														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 たつの市長 様 年 月 日 申請者氏名														

- ※ 1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※ 2 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 3 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 4 再認定または変更の方のみ記入

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 2・一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 3・一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認書類			
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

依 頼 書

たつの市長 様

私は、自立支援医療費（更生医療）の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。

年 月 日

申請者氏名

○必要書類 保険証

※世帯全員が市町村民税非課税の場合

収入状況が確認できる書類

例：障害基礎年金の振込通知書など

【参考】自立支援医療の対象者及び自己負担について

- 1 対象者は、従来の更生医療の対象者と同じで、一定所得未満の方になります。
- 2 更生医療の対象となる疾患は次のとおりです。

- (1) 肢体不自由によるもの
- (2) 視覚障害によるもの
- (3) 聴覚、平衡機能障害によるもの
- (4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
- (5) 内臓障害によるもの(心臓、腎臓、小腸、肝臓機能障害に限る)
- (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

- 3 給付水準は、自己負担として1割負担（☐ 部分）となります。

ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定しています。

また、入院時の食事（標準負担額）については自己負担となります。

← 一定所得以下		← 中間所得層		→ 一定所得以上	
生活保護世帯	市町村民税非課税	市町村民税非課税	市町村民税＜3万3千円	3万3千円≦市町村民税＜23万5千円	23万5千円≦市町村民税
←	世帯収入≦80万9,000円	世帯収入＞80万9,000円	→<< (所得割)	→<< (所得割)	→<< (所得割)
生活保護負担0円	低所得1 負担上限額 2,500円	低所得2 負担上限額 5,000円	中間所得層 負担上限額：医療保険の自己負担限度額		一定所得以上 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			重度かつ継続		
			中間所得層1 負担上限額 5,000円	中間所得層2 負担上限額 10,000円	
					一定所得以上(重難) 負担上限額 20,000円

附 則

この規則は、公布の日から施行する。