

行政手続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等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係規則の整備に関する規則をここに公布する。

令和6年12月2日

一宮町長

馬淵 昌也



一宮町規則第22号

行政手続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等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係規則の整備に関する規則

(一宮町個人情報保護法施行規則の一部改正)

第1条 一宮町個人情報保護法施行規則（令和5年一宮町規則第13号）の一部を次のように改正する。

第3号様式を次のように改める。

第3号様式（第4条）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

（実施機関） 殿

（ふりがな）

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定により、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

- 1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

- 2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア、イ又はウに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ＜実施の希望日＞ _____ 年 _____ 月 _____ 日
イ 電子情報処理組織を使用した開示を希望する。
ウ 写しの送付を希望する。

- 3 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類

- 運転免許証
- マイナンバーカード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの)
- 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書
- その他( )

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

ウ 本人の状況等(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)

- (ア) 本人の状況  未成年者(      年      月      日生)
- 成年被後見人
- 任意代理人委任者

(ふりがな)

(イ) 本人の氏名

(ウ) 本人の住所又は居所

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

- 請求資格確認書類       戸籍謄本       登記事項証明書       その他
- (      )

オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。

- 請求資格確認書類       委任状       その他(      )

第15号様式を次のように改める。

第 15 号様式 (第 4 条)

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

(実施機関) 殿

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)第 91 条第 1 項の規定により、下記のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： 日付： 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨)  (理由)

1	訂正請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人
2	請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。		
3	本人の状況等(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)			
	ア 本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者(      年      月      日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな)		
	イ 本人の氏名			
	ウ 本人の住所又は居所			
4	法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。			
	請求資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> その他( )
5	任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。			
	請求資格確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他( )	

第23号様式を次のように改める。

第 23 号様式 (第 4 条)

保有個人情報利用停止請求書

年 月 日

(実施機関) 殿

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)第 99 条第 1 項の規定により、下記のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： 日付： 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報
利用停止請求の趣旨及び理由	(趣旨) <input type="checkbox"/> 第 1 号該当 → <input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第 2 号該当 → 提供の停止 (理由)

1 利用停止請求者 本人 法定代理人 任意代理人



<p>2 請求者本人確認書類</p> <p><input type="checkbox"/>運転免許証</p> <p><input type="checkbox"/>マイナンバーカード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの)</p> <p><input type="checkbox"/>在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。</p>
<p>3 本人の状況等(法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。)</p> <p>ア 本人の状況 <input type="checkbox"/>未成年者( 年 月 日生)</p> <p><input type="checkbox"/>成年被後見人 <input type="checkbox"/>任意代理人委任者 (ふりがな)</p> <p>イ 本人の氏名 _____</p> <p>ウ 本人の住所又は居所 _____</p>
<p>4 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>登記事項証明書 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p>5 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。</p> <p>請求資格確認書類 <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>その他( )</p>

(一宮町高額療養費貸付基金条例施行規則の一部改正)

第2条 一宮町高額療養費貸付基金条例施行規則（平成2年一宮町規則第3号）の一部を次のように改正する。

第1号様式（第2条第1項用）及び第1号様式（第2条第2項用）を次のように改める。

第1号様式(第4条)

(第2条第1項用)

一宮町高額療養費借入申込書

年 月 日

一宮町長 様

申込人 住 所 一宮町

氏 名 印

一宮町高額療養費貸付基金条例施行規則第4条により、貸付けを受けたいので申し込みします。

被保険者記号番号		.			
受診者	氏名	世帯主との続柄			
	生年月日	性別		男・女	
診療を受けた 病院等の名称				診療月	年月
借入申込 金額	A総医療費	B一部負担金	C高額療養費 対象額	D割合	(C×D) 申込金額
					千円

第1号様式(第4条)

(第2条第2項用)

一宮町高額療養費借入申込書

年 月 日

一宮町長 様

申込人 住 所 一宮町

氏 名 印

連帯保証人 住 所 一宮町

氏 名 印

一宮町高額療養費貸付基金条例施行規則第4条により、貸付けを受けたいので申し込みします。

被保険者記号番号		.			
受診者	氏 名			世帯主との続柄	
	生年月日			性 別	男 ・ 女
診療を受けた 病院等の名称				診療月	年 月
借入申込 金 額	A総医療費	B一部負担金	C高額療養費 対 象 額	D割 合	(C×D) 申 込 金 額
					千円

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第5条第3項)

一宮町高額療養費貸付基金借用書

年 月 日

一宮町長 様

借受人 住所 一宮町  
氏 名

一宮町高額療養費貸付基金条例施行規則第5条第3項の規定により、貸付金を次のとおり借用しました。

借 入 金 額	円
被保険者記号番号	
療 養 者 氏 名	
償 還 期 限	国民健康保険法第57条の2の規定による高額療養費支給日まで
貸 付 利 子	無 利 子

(一宮町子ども医療費助成事業に関する規則の一部改正)

第3条 一宮町子ども医療費助成事業に関する規則(平成23年一宮町規則第6号)の一部を次のように改正する。

第7条第1項第1号中「被保険者証又は組合員証(以下「被保険者証等」という。)の写し」を「被保険者又は被扶養者であることを証する書類」に改める。

第8条第2号中「被保険者証等の記載事項」を「被保険者又は被扶養者の資格に係る情報」に改める。

第11条第1項中「受給券及び被保険者証」を「医療保険各法の規定による電子資格確認等により被保険者又は被扶養者であることの確認を受けた上、受給券」に改める。

別記第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

子ども医療費助成事業申請書

年 月 日

扶養義務者(保護者)	住 所	(〒 - )		電話 ( )											
	フリガナ			生年月日											
	氏 名			年 月 日											
	個人番号														
	各年1月1日の住所	今年	昨年	※町外の場合は保護者の所得課税証明又は非課税証明が必要です(控除対象配偶者となっている方は不要)											
	申請者の住所	町内・町外	町内・町外	※必要な年度は申請月により異なります											
配偶者の住所	町内・町外	町内・町外													
子ども	住 所	(〒 - ) 一宮町		生年月日											
	フリガナ			年 月 日											
世帯全員	氏 名	続 柄	生年月日	同居・別居											
	1		年 月 日	同居・別居											
	2		年 月 日	同居・別居											
	3		年 月 日	同居・別居											
	4		年 月 日	同居・別居											
	5		年 月 日	同居・別居											
	6		年 月 日	同居・別居											
	7		年 月 日	同居・別居											

被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しが必要です

上記のとおり、子ども医療費助成事業の申請をします。  
 なお、子ども医療費助成金の算定に必要な世帯員の住民基本台帳、所得並びに住民税額の課税状況等について

別紙のとおり同意します  
 所得課税証明書を添付します

一 宮 町 長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 (記名押印に代えて、署名することができます)

- 高額療養費について一宮町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を私が町へ支払います。また、町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を一宮町へ支払います。



第2号様式(第7条関係)

(表)

子ども医療費助成受給券								
公費負担者番号								
受給者番号								
子ども	住所							
	氏名							男・女
	生年月日	年 月 日						
有効期間		年 月 日 から						
		年 月 日 まで						
自己負担金	通院							
	入院							
	保険調剤							
一宮町長								

(裏)

注 意 事 項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、接骨院等を含む）に必ず提示してください。（月額上限は入院 11 日、通院 6 回以降は自己負担金無料）
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後に町窓口で償還の手続きをしてください。後日、助成額をお支払いいたします。また、上記の場合に月額上限の適用をご希望の場合は、1 か月分全ての領収書をまとめて窓口で償還払いとなります。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1 ヶ月に自己負担額が {80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1%} を超える場合は、超えた額を医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療費助成事業に係る医療の給付等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、この受給券を使用することができません。
- 6 次のような場合は、すみやかに町に届け出てください。
  - (1) 本町外へ転出するとき。（受給券を返納）

→転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
  - (2) 加入している健康保険が変更したとき。（受給券と変更後の被保険者又は被扶養者であることを証する書類）
  - (3) 住所を変更したとき。（受給券を添付）
  - (4) 氏名を変更したとき。（受給券を添付）
  - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
  - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。（受給券と変更事項を証明する書類を添付）
  - (7) 受給券を毀損又は汚損したとき。（毀損又は汚損した受給券を添付）
  - (8) 受給券を紛失したとき。
- 7 有効期間が過ぎた場合は、本券を破棄してください。
- 8 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は町による過払いが生じた場合には、後日、町より返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先

一宮町 子育て支援課 電話 0475-42-1415

第5号様式を次のように改める。

子ども医療費助成事業受給券(受給資格登録)変更申請書

年 月 日

一宮町長 様

	申請者 (保護者)	住所	(〒 — )
		電話	— —
		氏名	(子どもとの続柄)

下記のとおり子ども医療費助成事業受給登録の内容に変更及び誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成事業受給券の変更を申請します。

記

保護者氏名	住所	(〒 — )		
	フリガナ		電話番号	子どもとの続柄
	氏名	印	— —	
子ども	住所	(〒 — ) 一宮町		
	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		年 月 日 生	男・女
世帯構成	氏名	続柄	氏名	続柄
加入医療保険	名称			
	記号		番号	
	附加給付	無 ・ 有 自己負担限度額 円 円未満切捨て		

注) 変更があった事項のみ記入してください。

医療保険が変更になった場合は、変更後の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写し(子どもの氏名が記載されたもの)を添付してください。

(一宮町高校生等医療費の助成に関する規則の一部改正)

第4条 一宮町高校生等医療費の助成に関する規則(平成25年一宮町規則第24号)の一部を次のように改正する。

第8条第1項第1号中「被保険者証又は組合員証(以下「被保険者証等」という。)の写し」を「被保険者又は被扶養者であることを証する書類」に改める。

別記第1号様式及び別記第2号様式を次のように改める。

一宮町高校生等医療費助成事業登録申請書

年 月 日

扶養義務者(保護者)	住所	(〒 - )		電話	( )	
	フリガナ氏名			生年月日		
	個人番号			年 月 日	配偶者 有・無	
	各年1月1日の住所	今年	昨年	※町外の場合は保護者の所得課税証明又は非課税証明が必要です(控除対象配偶者となっている方は不要) ※必要な年度は申請月により異なります		
	申請者の住所	町内・町外	町内・町外			
	配偶者の住所	町内・町外	町内・町外			
高校生等	住所	(〒 - ) 一宮町		生年月日	性別	
	フリガナ氏名			年 月 日	男・女	
	就学先	名称				
		住所	(〒 - )		電話番号	- -
世帯全員	氏名	続柄	生年月日	同居・別居		
	1		年 月 日	同居・別居		
	2		年 月 日	同居・別居		
	3		年 月 日	同居・別居		
	4		年 月 日	同居・別居		
	5		年 月 日	同居・別居		
	6		年 月 日	同居・別居		
	7		年 月 日	同居・別居		
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座				
	フリガナ					
	口座名義人					

高校生等が加入する被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しが必要です

上記のとおり、高校生等医療費助成事業の申請をします。  
 なお、高校生等医療費助成金の算定に必要な世帯員の住民基本台帳、所得及び住民税額の課税状況と町税の納税状況、保育料の納入状況について

別紙のとおり同意します  
 所得課税証明書等を添付します

一宮町長様

申請者氏名 印  
 (記名押印に代えて、署名することができます)

- 高額療養費について一宮町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を私が町へ支払います。また、町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を一宮町へ支払います。

高校生等医療費助成事業受給資格登録変更申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 (保護者)	住 所	(〒 - )
	電 話	- -
	氏 名	(高校生等との続柄 )

下記のとおり高校生等医療費助成事業受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更を申請します。

記

保護者氏名	住 所	(〒 - )		
	フリガナ		電話番号	高校生等との続柄
	氏 名		- -	
高校生等	住 所	(〒 - ) 一 宮 町		
	フリガナ		生年月日	性 別
	氏 名		年 月 日 生	男 ・ 女
世帯構成	氏 名	続柄	氏 名	続柄
加入医療保険	名 称			
	記 号		番 号	
	附 加 給 付	無 ・ 有 自己負担限度額 円 円未満切捨て		
就 学 先	名 称			
	住 所	(〒 - )		
	電 話 番 号			

注) 変更があった事項のみ記入してください。

医療保険が変更になった場合は、変更後の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写し(高校生等の氏名が記載されたもの)を添付して下さい。

就学先が変更となった場合は、学生証等の写しを添付してください。

第5条 一宮町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則（平成27年一宮町規則第16号）の一部を次のように改正する。

第2条中「被保険者」の次に「、加入者、組合員」を加える。

別記第2号様式を次のように改める。



(表)

重度心身障害者(児)医療費助成受給券									
公費負担者番号									
受給者番号									
対象者	住所								
	氏名								男・女
	生年月日	年	月	日					
有効期間		年	月	日	～	年	月	日	
自己負担金	通院								
	入院								
	保険調剤								
	入院時 食事療養費								

(裏)

注意事項
1 受診の際は、医療機関(保険調剤薬局、接骨院等を含む)に医療保険各法の規定による電子資格確認等により被保険者、加入者、組合員又は被扶養者であることの確認を受けた上、本券を必ず提示してください。
2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担金を一旦支払い、その後に町の窓口で償還の手続きをしてください。後日、町から助成額をお支払いいたします。
3 県外の国保組合に加入している方で、1ヶ月に自己負担額が(80,100円+(総医療費-267,000円)×1%)を超える場合は、超えた額について医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
4 更生医療、育成医療等、他の医療給付の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、本券を使用することができません。
6 次のような変更があった場合は、すみやかに町に届け出てください。 (1) 一宮町から転出するとき。(本券を返納) 転出後は本券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。 (2) 加入している健康保険が変更になったとき。(新しい被保険者証等の写しを添付) (3) 住所を変更したとき。 (4) 氏名を変更したとき。 (5) 生活保護を受けるようになったとき。 (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(変更事項を証明する書類を添付)
7 有効期間が過ぎた場合は、本券を町に返納してください。
8 受給資格が無い方が本制度による助成を受けた場合又は町による過払いが生じた場合には、返還請求をさせていただきます。
9 お問い合わせ先 一宮町福祉健康課 電話0475-42-1431

(一宮町地域生活支援事業実施規則の一部改正)

第6条 一宮町地域生活支援事業実施規則（平成19年一宮町規則第17号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式を次のように改める。