

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告示の整備に関する告示をここに公布する。

令和6年12月2日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町告示第64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告示の整備に関する告示

(一宮町放射線測定器貸出要綱の一部改正)

第1条 一宮町放射線測定器貸出要綱（平成24年一宮町告示第5号）の一部を次のように改正する。

第6条第2項中「保険証、」を「個人番号カード」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号(第6条関係)

一宮町放射線測定器貸出申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

次のとおり、空間放射線量を測定するため放射線測定器を借用します。

測定予定地点	自宅・自宅以外の所有地・その他()
使用日時	年 月 日 () 午前9時～午後4時
注意事項	1 測定器の返却は、午後4時までにはお願いします。 2 測定器は、一宮町内で使用してください。 3 過失による損傷や紛失した場合は、申請者の責任において弁償をお願いします。

【事務処理欄】

《確認》

身分証明書 運転免許証 個人番号カード その他()

(一宮町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付要綱の一部改正)

第2条 一宮町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付要綱（令和6年一宮町告示第8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。

別記

第1号様式(第5条)

一宮町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住 所
氏 名 (印)
電話番号 ()

一宮町自転車乗車用ヘルメット購入費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 使用者及びヘルメット等

ヘルメットの使用者			購入したヘルメット			補助金申請額 ※2
氏名	生年月日	申請者 との関係	メーカー 品名・品番	安全基準 ※1	購入価格 (税込)	
	年 月 日				円	円
	年 月 日				円	円
	年 月 日				円	円
	年 月 日				円	円
補助金申請額合計						円

※1 安全基準：SG、JCF、CE、GS、CPSCなど

※2 補助金申請額：ヘルメットの購入金額の2分の1（上限2,000円）
（送料、装飾品等除く）

2 振込先

金融機関名 支店名	銀行 信用組合 協同組合							本店 支店 出張所					
種別	1 普通	2 当座	口座番号										
口座人名義 (カタカナ)													

※申請者名義の口座を記載

※口座人名義 (カタカナ) は、氏と名の間は1マス空け、濁点は1マス使用してください。

添付書類

- (1) ヘルメット使用者の氏名及び現住所が確認できる書類 (運転免許証、マイナンバーカードの表面、医療保険の資格確認書、住民票の写し)
- (2) 代金の支払手続が完了したことを証する書類 (領収書等で以下の内容が分かるもの)
 - ①申請者又は使用者の氏名
 - ②領収日
 - ③領収金額
 - ④品名・品番 (ヘルメットの購入が分かるもの)
- (3) 口座が確認できる書類 (振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し等)
- (4) 安全基準の認証が確認できる書類 (カタログや認証マークの写真等)
- (5) その他必要な書類

3 誓約書兼同意書

下記の内容を読んで、□にチェックしてください。

次の事項を確認し、誓約又は同意します。

- この書類に記載したヘルメットの使用者本人が着用し、転売、譲渡等を目的としたものではありません。
- 購入したヘルメットは新品であり、中古品（未使用品含む。）ではありません。また、安全基準に適合しています。
- 一宮町暴力団排除条例（平成24年一宮町条例第1号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団関係者ではありません。
- 過去に同一のヘルメットに対する他の補助金（他自治体からの補助金も含む。）の交付を受けていません。
- 補助金交付後、この補助金の要件を満たしていないこと、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の交付を受けたことが判明し、交付決定が取り消された場合は、指示に従い速やかに補助金を返還します。
- 一宮町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うこと並びに必要な資料の提供を他の行政機関等に求めること及び提供することに同意します。
- 一宮町から、報告・調査の求めがあった場合はこれに応じます。

年 月 日

申請者氏名（自署）_____

(一宮町健康ポイント事業実施要綱の一部改正)

第3条 一宮町健康ポイント事業実施要綱（令和4年一宮町告示第34号）の一部を次のように改正する。

第2号様式を次のように改める。

※処理欄

<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 受付印 </div>		年 月 日		住所		〒	
		申請者氏名		連絡先		TEL	
一宮町長 様		年 月 日		住所		(自宅)	
						(携帯)	
						Mail	
ち〜バリュ〜カード再交付申請書							
「元気ちば！健康チャレンジ事業」に係る優待カード「ち〜バリュ〜カード」の再交付を申請します。 なお、記入した内容は、事実と相違ありません。							
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失・毀損 <input type="checkbox"/> その他 ()					
該当要件		<input type="checkbox"/> 一宮町健康ポイント事業に参加し、一定以上のポイントを獲得した。					
本人確認書類		個人番号カード 免許証 その他 ()					

(注) 処理欄には何も記入しないこと。

(一宮町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱の一部改正)

第4条 一宮町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱（令和4年一宮町告示第52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。

別記

第1号様式（第4条）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）一宮町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄
	氏名	㊟	
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン			
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	年	月	日
		2回目	年	月	日
		3回目	年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目	円	合計	円
2回目		円			
3回目		円			
接種医療機関	名称				
	住所				
	TEL				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載					

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行	支店
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		
依頼人（申請者）氏名			

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 年 日	申請者氏名

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、一宮町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、一宮町において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、個人番号カード（表面）などいずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

(一宮町不妊治療費助成事業実施要綱の一部改正)

第5条 一宮町不妊治療費助成事業実施要綱（令和6年一宮町告示第21号）の一部を次のように改正する。

第2条中「第4条において」を「以下」に改める。

第5条第1項第3号を次のように改める。

(3) 各医療保険に基づく被保険者、加入者、組合員又は被扶養者であることを証する書類

別表中「第2条」の次に「、第4条、第5条」を加える。

別記第1号様式を次のように改める。

別記
第1号様式(第5条)

年 月 日

(宛先) 一宮町長

申請者 住所
(口座名義人と同一) 氏名

一宮町不妊治療費助成金交付申請書

一宮町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 妻 氏 名	-----		年 月 日生 (歳)	
妻 住 所	〒 一宮町		電話番号 () ※日中連絡が取れる番号	
ふりがな 夫 氏 名	-----		年 月 日生 (歳)	
夫 住 所	〒 一宮町 □妻の住所と同じ		電話番号 () ※日中連絡が取れる番号	
交付申請の額	<p style="text-align: center;">金 円</p> <p>※1,000円未満切捨て ※高額療養費や付加給付がある場合は差し引いた額</p> <p>高額療養費の有無 (無 ・ 有 金 _____ 円) 付加給付の有無 (無 ・ 有 金 _____ 円)</p>			
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当受診者の健康保険の限度額適用認定書の適用区分	限度額適用認定書の適用区分 (受診者に該当区分を○してください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日		
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は、□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。			
私たち夫婦に関して次の確認行為等が一宮町によってなされることに同意します。(※) (1) 私たち夫婦の住民票情報並びに私たち夫婦に課された一宮町の町税及び国民健康保険税の納付状況の確認 (2) 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 (3) 一宮町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供 妻 氏名 _____ 夫 氏名 _____ (自署又は記名押印) (自署又は記名押印)				
振込先	金融機関	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店 ・ 支店 支所
		種類	普通 ・ 当座	口座番号
	ゆうちょ銀行	普通・当座	店番号	通帳番号
	口座名義人	ふりがな 氏 名		

(※) 一宮町における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

(添付書類)

1 一宮町不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書(別記第2号様式)

2 医療機関発行の領収書及び診療明細書

(領収書により治療内容が確認できない場合に、診療明細書等の治療内容の分かる書類が必要なため。)

3 各医療保険に基づく被保険者、加入者、組合員又は被扶養者であることを証する書類

4 振込先金融機関の口座通帳の写し

5 高額療養費や付加給付の給付額が記載された関係書類の写し

(一宮町国民健康保険一部負担金の減免等に関する取扱要綱の一部改正)

第6条 一宮町国民健康保険一部負担金の減免等に関する取扱要綱（平成29年一宮町告示第67号）の一部を次のように改正する。

第7条第2項中「被保険者証に当該証明書を添えて」を「法の規定による電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けた上、当該証明書を」に改める。

別記第7号様式を次のように改める。

別記第7号様式（第7条関係）

国民健康保険一部負担金減免等証明書			
記号	84	番号	
療養の給付を受ける被保険者	住所		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	世帯主		
療養の給付を受ける保険医療機関等			
傷病名		発病又は傷病年月日	年 月 日
適用区分	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 減額（ 割） <input type="checkbox"/> 徴収猶予		
適用期間	年 月 日から 年 月末日まで		
以上のとおり、証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">一宮町長 印</div>			
問い合わせ先			

【注意事項】

- 1 この証明書は、上記の保険医療機関等において受ける療養の給付についてのみ有効です。
 - 2 診療を受ける際に、この証明書をあらかじめその保険医療機関へ提出してください。
- ～保険医療機関等の方へ～
- 1 減額適用の場合は、保険医療機関等は被保険者から徴収すべき一部負担金の額から当該一部負担金の額に決定された減額割合を乗じて得られる額を差し引いた額を被保険者から徴収してください。
(算定方法)

$$\text{保険医療機関等で徴収すべき金額} = \text{一部負担金} - (\text{一部負担金} \times \text{減額割合})$$
 - 2 院外処方の場合は、処方箋にこの証明書の写しを添付してください。保険調剤薬局では、調剤報酬明細書にその写しを添付してください。
 - 3 診療（調剤）報酬明細書を提出する際に診療（調剤）報酬明細書の一部負担金欄に該当事項を記入し、本証明書を添付してください。

(要介護認定等に係る個人情報の開示に関する要綱の一部改正)

第7条 要介護認定等に係る個人情報の開示に関する要綱（平成22年一宮町告示第47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。

別記

第1号様式（第4条第1項）

要介護認定等に係る個人情報開示申出書

年 月 日

一宮町長 様

(申出者) 氏 名 _____

(被保険者との関係) _____

住 所 _____

電話番号 _____

要介護認定に係る個人情報について、次のとおり開示の申出をします。

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号																
			個人番号																
	住 所																		
認定年月日	年 月 日																		
提供を希望する文書の名称(□の中に、レを記入してください)	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 要介護認定及び要支援認定審査判定結果	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付																
	開示を受ける目的																		

[被保険者委任・申請者同意欄]

1 私は、上記の申出者に一宮町が保有する私の上記文書に記録されている個人情報の開示を申し出ることを委任し、開示することに同意します。

被保険者氏名 _____

2 私は、一宮町が保有する上記の被保険者の文書に記録されている個人情報の開示を上記申出者が申し出ることに同意します。

代理申請者氏名 _____

※ 申出の際は、申出者自身であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を提出し、又は提示してください。

※ 被保険者の家族による申出の場合は、上記の書類のほか、被保険者の家族であることを証明するために必要な書類(個人番号カード、住民票、戸籍抄本等)を提出し、又は提示して下さい。

{処理欄} (記入しないでください)

申出者確認 運転免許証 旅券 その他

()

附 則

この告示は、令和6年12月2日から施行する。