

健康保険証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6年12月2日

鈴鹿市長 末 松 則 子

鈴鹿市規則第32号

健康保険証の廃止に伴う関係規則の整理に関する規則
(鈴鹿市立保育所設置条例施行規則の一部改正)

第1条 鈴鹿市立保育所設置条例施行規則（昭和35年鈴鹿市規則第14号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改める。

改 正 後	改 正 前
(申請) 第10条 一時預かり事業を利用しようとする 幼児等の保護者は、鈴鹿市一時預かり事業 利用申請書（第1号様式）を市長に提出し なければならない。 2 略 (病後児保育事業の利用時間) 第18条 病後児保育事業の利用時間は、<u>午前</u> <u>8時</u>から午後5時30分までとする。 2 略 (申請) 第21条 前条の登録を受けた病後児であって	(申請) 第10条 一時預かり事業を利用しようとする 幼児等の保護者は、鈴鹿市一時預かり事業 利用申請書（第1号様式）<u>に次に掲げる書</u> <u>類を添えて、</u>市長に提出しなければならない。 <u>(1) 健康保険証の写し</u> <u>(2) 前号に掲げるもののほか、市長が必</u> <u>要と認める書類</u> 2 略 (病後児保育事業の利用時間) 第18条 病後児保育事業の利用時間は、<u>午前</u> <u>8時30分</u>から午後5時30分までとする。 2 略 (申請) 第21条 前条の登録を受けた病後児であって

病後児保育事業を利用しようとするものの保護者は、あらかじめ医師の診察を受けた上で、鈴鹿市病後児保育事業利用申請書（第 7 号様式）に鈴鹿市病後児保育医師連絡票（第 8 号様式）を添えて、市長に提出しなければならない。

2 略

病後児保育事業を利用しようとするものの保護者は、あらかじめ医師の診察を受けた上で、鈴鹿市病後児保育事業利用申請書（第 7 号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

（１）健康保険証の写し

（２）鈴鹿市病後児保育医師連絡票（第 8 号様式）

（３）前 2 号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 略

第 1 号様式から第 1 2 号様式までを次のように改める。

第 1 号様式（第 1 0 条関係）

鈴鹿市一時預かり事業利用申請書
(兼児童台帳)

事業 区分		非定型的一時預かり事業
		緊急一時預かり事業
		レスパイトケア事業

年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長

保護者	住所	鈴鹿市 丁目 番 号 町 番地
	氏名	
	電話	() —

一時預かり事業を利用したいので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 1 0 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名				性別	男・女	年 齢	歳					
						生年月日	年 月 日					
家庭 の 状 況	氏名	続柄	生年月日		年齢	性別	勤務先（職業）					
			年 月 日			男・女						
			年 月 日			男・女						
			年 月 日			男・女						
			年 月 日			男・女						
			年 月 日			男・女						
			年 月 日			男・女						
児童の健康状態 で気になること		無・有(病名)かかりつけの医療機関名 () (有の場合、具体的に記入してください。)										
生活保護の受給		適用なし・適用あり（保護開始 年 月 日）										
事業の利用を必要とする理由												
希望する保育所名												
希望する期間等		期間 曜日 時間	年 月 日から 年 月 日まで 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 時 分から 時 分まで									

備考
児童の年齢は、一時預かり事業を利用しようとする月の初日の時点での満年齢を記載してください。

第 2 号様式（第 1 2 条関係）

非定型・緊急・レスパイト	第 号
--------------	-----

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市一時預かり事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました一時預かり事業の利用について、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 1 2 条の規定により次のとおり決定しましたので通知します。

利用児童氏名	
生 年 月 日	年 月 日
利用保育所名	保育所
利用 期 間 等	(1 非定型 2 緊急 3 レスパイト) 期間 年 月 日から 年 月 日まで 毎週 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) 曜日 時 分から 時 分まで
利用 者 負 担	円

備考

- 1 利用負担額に変更があった場合は、改めて通知します。
- 2 利用負担額は、毎月定められた日までに必ず納入してください。
- 3 利用期間は、1 か月につき 1 4 日以内とします。
- 4 利用時間は、厳守してください。
- 5 申請内容に変更があった場合は、早急に連絡してください。

第 3 号様式（第 1 2 条関係）

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市一時預かり事業利用不許可決定通知書

一時預かり事業利用申請について、次の理由により一時預かりの必要がないと決定しましたので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 1 2 条の規定により通知します。

児 童 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
不許可理由	

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、鈴鹿市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 か月以内に、鈴鹿市を被告として（訴訟において鈴鹿市を代表する者は鈴鹿市長となります。）、津地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があった日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、正当な理由がない限り、訴えを提起することができません。）。

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

保護者

住所

氏名

鈴鹿市一時預かり事業利用辞退申出書

次のとおり一時預かり事業の利用を辞退したいので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 1 4 条の規定により申し出ます。

利用児童氏名	
生 年 月 日	年 月 日
利用保育所名	
利 用 終 了 日	年 月 日
辞 退 理 由	

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市一時預かり 事業利用取消通知書

次のとおり一時預かり 事業の利用決定を取り消したので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 1 5 条第 2 項の規定により通知します。

利用児童氏名	
生 年 月 日	年 月 日
利用保育所名	
取 消 年 月 日	年 月 日
取 消 理 由	

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、鈴鹿市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 か月以内に、鈴鹿市を被告として（訴訟において鈴鹿市を代表する者は鈴鹿市長となります。）、津地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があった日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、正当な理由がない限り、訴えを提起することができません。）。

第 6 号様式（第 2 0 条関係）

登録番号	
------	--

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

保護者 住 所
氏 名
電話番号

鈴鹿市病後児保育事業利用登録届出書

次のとおり病後児保育事業の利用登録を受けたいので、届け出ます。

ふ り が な 児 童 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
通園 ・ 通学施設	保育所（園） ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ その他（ ）			
生活保護の受給	適用なし ・ 適用あり（保護開始 年 月 日）			
保 護 者 緊 急 連 絡 先	氏名（続柄）		勤務先名	
	携帯電話番号 — —		電話番号 — —	
	氏名（続柄）		勤務先名	
	携帯電話番号 — —		電話番号 — —	
予 防 接 種 (該当する項目に チェックを してください。)	ヒブ (五種混合接種者は記入不要)		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期1回、2回、3回、追加)	
	肺炎球菌		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期1回、2回、3回、追加)	
	B型肝炎		☐ 受けていない ☐ 受けた(1回、2回、3回)	
	ロタウイルス		☐ 受けていない ☐ 受けた(1回、2回、3回)	
	☐ 三種混合 ☐ 四種混合 ☐ 五種混合		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期1回、2回、3回、追加)	
	ポリオ(☐ 生 ☐ 不活化) (四種又は五種混合接種者は記入不要)		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期1回、2回、3回、追加)	
	B C G		☐ 受けていない ☐ 受けた	
	MR (麻しん・風しん)		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期、2期)	
	水ぼうそう		☐ 受けていない ☐ 受けた(1回、2回)	
	日本脳炎		☐ 受けていない ☐ 受けた(1期1回、2回、追加)	
	おたふくかぜ		☐ 受けていない ☐ 受けた(1回、2回)	
	【小学生】D T (二種混合)		☐ 受けていない ☐ 受けた	
	【小学生】日本脳炎2期		☐ 受けていない ☐ 受けた	
常 用 薬	無 ・ 有 (薬の名前 ・ 回数：)			
ア レ ル ギ ー	無 ・ 有 (詳細 (食べ物))			
新 生 児 期	出生時の異常 無 ・ 有 ()		発育 ・ 発達	健診等での指摘 無 ・ 有 ()
既 往 症 (今までにかかった 病気にチェックを してください。)	☐ 突発性発疹 ☐ 麻しん (はしか) ☐ 風しん ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 百日せき ☐ 食物アレルギー ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 熱性けいれん (今までに ____ 回 最終 ____ 年 ____ 月 座薬の指示 無 ・ 有 ____℃以上) ☐ 気管支ぜん息 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ 吸入したこと 有 ・ 無) ☐ その他 ()			
そ の 他	配慮してほしいこと、心配なこと等があれば、具体的に記入してください。			

第 7 号様式（第 2 1 条関係）

登録番号	
年 月 日	

（宛先） 鈴鹿市長

保護者 住 所
氏 名
電話番号

鈴鹿市病後児保育事業利用申請書

病後児保育事業を利用したいので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 2 1 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 児童 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
緊急連絡先	1 氏名 (続柄) 電話番号 — — 2 氏名 (続柄) 電話番号 — —			
通園・通学 施設 名	保育所（園）・認定こども園・幼稚園・小学校・その他（ ）			
かかりつけ の医療機関名				
希望利用期間	年 月 日（ ）から 年 月 日（ ）まで（ 日間）			
希望利用時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで			
看護でき ない理由	☐ 勤務の都合 ☐ その他（ ）			
今回の病気 について	病名	※病名が分かっている場合は記入してください。		平熱 度 分
	1 症状（当てはまるもの全てに○をしてください。） 発熱・鼻水・せき・喉の痛み・腹痛・下痢・吐き気・おう吐・頭痛・発疹・ 喘息発作・とびひ・目やに・元気がない・食欲がない その他 （ ） 2 この症状が始まった時期： ____月 ____日から 3 薬： 無・有（ 1 日 ____回毎食前・後、 頓服 ） 4 食事制限： 無 ・ 有（内容： ） 5 その他（特に伝えておきたいこと等）			
排 泄	1 人でできる（ 便 ・ 尿 ） 手助けが必要（ 便 ・ 尿 ）			
担当所見				

備考 鈴鹿市病後児保育医師連絡票を添付すること。

第 8 号様式（第 2 1 条関係）

年 月 日

鈴鹿市病後児保育医師連絡票

（宛先） 鈴鹿市長

医療機関 所在地
名 称
医師氏名
電話番号

この児童は診察の結果、病気の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能です。
保護者記載欄

児 童 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
児 童 住 所	鈴鹿市		
保護者氏名		電話番号	— —

医師記載欄

病状・症状	☐ 急性上気道炎	☐ 突発性発疹	☐ インフルエンザ（A・B）
	☐ 気管支炎	☐ 溶連菌感染症	☐ 風しん
	☐ 喘息・喘息様気管支炎	☐ 手足口病	☐ 水痘
	☐ 肺炎	☐ ヘルパンギーナ	☐ おたふくかぜ
	☐ マイコプラズマ肺炎	☐ アデノウイルス感染症	☐ 百日咳
	☐ クループ症候群	☐ 伝染性膿痂疹（とびひ）	☐ 咽頭結膜熱
	☐ RSウイルス感染症	☐ 結膜炎（流角結を含む）	☐ その他
	☐ 感染性胃腸炎	☐ 中耳炎	（ ）
	☐ （ノロ・ロタ・その他）	☐ 骨折	
		【病名不明】 ☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他（ ）	
薬	☐ なし ☐ 薬剤情報提供書のとおり ☐ その他（ ）		
安静度	☐ 室内安静（ベッド・布団上での生活が主。静かな遊びは可） ☐ 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） ☐ その他（ ）		
食 事	☐ 普段どおり〔 ☐ 普通食 ☐ 離乳食（初期・中期・後期・完了期） ☐ ミルクのみ〕 ☐ アレルギー食（除去内容： ） ☐ その他（ ）		
そ の 他 留意事項			
病後児保育利用期間(回復期) （原則連続 7 日間）		年 月 日～ 年 月 日の 日間程度	

備考 対象児童の居住する市町村宛てに情報提供した場合、患者 1 人につき月 1 回限り診療情報提供料（I）を算定することができます。

第 9 号様式（第 2 3 条関係）

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市病後児保育事業利用決定通知書

年 月 日付けで申込みのありました病後児保育事業の利用について、次のとおり決定しましたので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 2 3 条の規定により通知します。

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日
実施施設名			
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用者負担			
備 考			

第 1 0 号様式（第 2 3 条関係）

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市病後児保育事業利用不許可決定通知書

鈴鹿市病後児保育事業利用申請について、次の理由により病後児保育の必要がないと決定しましたので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 2 3 条の規定により通知します。

児 童 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
不許可理由	

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、鈴鹿市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 か月以内に、鈴鹿市を被告として（訴訟において鈴鹿市を代表する者は鈴鹿市長となります。）、津地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があった日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、正当な理由がない限り、訴えを提起することができません。）。

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

保護者
住所
氏名

鈴鹿市病後児保育事業利用辞退申出書

次のとおり鈴鹿市病後児保育事業の利用を辞退したいので、鈴鹿市保育所設置条例
施行規則第 2 4 条の規定により申し出ます。

利用児童氏名	
生 年 月 日	年 月 日
実 施 施 設 名	
利 用 終 了 日	年 月 日
辞 退 理 由	

鈴 第 号
年 月 日

様

鈴鹿市長 印

鈴鹿市病後児保育事業利用取消通知書

次のとおり病後児保育事業の利用決定を取り消しましたので、鈴鹿市保育所設置条例施行規則第 2 5 条第 2 項の規定により通知します。

利用児童氏名	
生 年 月 日	年 月 日
実施施設名	
取消年月日	年 月 日
取消理由	

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、鈴鹿市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 か月以内に、鈴鹿市を被告として（訴訟において鈴鹿市を代表する者は鈴鹿市長となります。）、津地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があった日（審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、正当な理由がない限り、訴えを提起することができません。）。

(鈴鹿市印鑑条例施行規則の一部改正)

第 2 条 鈴鹿市印鑑条例施行規則（平成 3 年鈴鹿市規則第 1 3 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。

第2号様式（第3条関係）

年 月 日

二 丁	
	様

照 会 書

鈴鹿市長

あなたの印鑑登録申請を受け付けましたが、あなたの意思によるものに相違ないか照会します。

相違なければ、下記の回答書を登録者本人が自筆し、登録する印鑑を押印して、

年 月 日までに申請された_____へ持参してください。

なお、手続に必要なものは、以下のとおりです。

＜本人持参の場合＞

- 回答書
- 本人確認書類
- 登録する印鑑

＜代理人持参の場合＞

- 回答書
- 委任状
- 登録者本人の本人確認書類
- 代理人の本人確認書類

第 1 1 号様式を次のように改める。

第 1 1 号様式（第 1 1 条関係）

（宛先） 鈴鹿市長 印鑑登録証明書交付申請書

年 月 日

窓口に來ら れた方 （申請者）	住所（マンション、アパート名も記入してください。）	フリガナ	生年月日
		氏名	年 月 日

印鑑登録証明書

※印鑑登録証を提示してください。

登 録 番 号		通
住 所	☐ 申請者と同じ	
	鈴鹿市	
氏 名	☐ 申請者と同じ	
生 年 月 日	☐ 申請者と同じ 年 月 日	

(鈴鹿市応急診療所条例施行規則の一部改正)

第3条 鈴鹿市応急診療所条例施行規則（平成4年鈴鹿市規則第55号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

鈴鹿市応急診療所

No. _____

応 急 診 療 申 込 書

年 月 日

ふりがな		性 別
受診者氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日生（満 歳 か月）	
受診者住所		
電話番号		
世帯主氏名		
滞在先 (帰省等の場合)	住所： 様方 TEL： （ ）	
備考 1 診察については、係員の指示に従ってください。 2 診察の結果、症状に応じて二次病院を紹介する場合がありますので、御 了承ください。		

(鈴鹿市自転車等の放置防止及び適正な処理に関する条例施行規則の一部改正)

第4条 鈴鹿市自転車等の放置防止及び適正な処理に関する条例施行規則（平成6年
鈴鹿市規則第32号）の一部を次のように改正する。

第6号様式を次のように改める。

第 6 号様式（第 1 0 条関係）

自 転 車 等 保 管 台 帳

撤 去 年 月 日		年 月 日		整 理 番 号			
放 置 場 所		駅付近					
自 転 車 等 の 特 徴	種 類	自転車	普通・スポーツ・子供・その他（ ）		原付	スクーター・バイク	
	色				タイヤサイズ		
	メ ー カ ー				車 名		
	車体記名等	住所					
		氏名		電話番号（ ） —			
	防 犯 登 録				標 識 番 号		
	車 体 番 号				そ の 他 登 録		
	状 態	良好・普通・不良・機能喪失			パ ン ク	前 輪 ・ 後 輪	
	装 備	か ご	前 ・ 後 ・ 横		ライト・スタンド・鍵・ミラー・荷台		
その他特徴							
利 用 者 等 調 査	警 察 照 会	年 月 日		警 察 回 答	年 月 日		
	盗 難 届	有・無	届出日	／	そ の 他 調 査		
	住 所	〒					
	氏 名						電話番号（ ） —
返 還 事 務	返 還 通 知	☐ 発送前返還	☐ 通知発送	年 月 日		／ 戻	
	返 還 日	年 月 日			盗難品（警察引渡）	該 当・非該当	
	受 取 人	住所〒					
		氏名		電話番号（ ） —			
	確 認 手 段	引 取 通 知 書 ・ 免 許 証 ・ 身 分 証 明 書 ・ 学 生 証 ・ 鍵					
		その他（ ）					
費 用 徴 収	1,500円 ・ 2,000円 ・ 免除（理由： ）						
処 分	方 法	売却・無償譲渡・資源ごみ・その他（ ）					
	処 分 日	年 月 日			処 分 先		
備 考							

第7号様式（裏）を次のように改める。

第7号様式（第12条関係）

（裏）

自転車等の引取通知書

自 転 車

あなたが所有していると思われる自転車・原動機付自転車は、「鈴鹿市自転車等の放置防止及び適正な処理に関する条例」に基づき、鈴鹿市が撤去し、保管しています。

至急、引き取りに来てください。

なお、次の保管期間を過ぎても引き取りのない場合は、本市において処分します。

1 引き取りの場所

自転車保管場所（表面のとおり）

2 引き取りの日時

平日及び土曜日 午前9時から正午まで

日曜日 午前9時から午後3時まで

（ただし、祝日、年末年始は除く。）

3 引き取りの際に、撤去・保管等に要した費用として次の金額を納付していただきます。

自 転 車 1,500円

原動機付自転車 2,000円

4 お持ちいただくもの

本書・ 自転車等の鍵・身元の確認できるもの（免許証、学生証等）

5 保管期限

年 月 日まで

6 連絡先

自転車保管場所 TEL () —

整理番号

第8号様式（裏）を次のように改める。

第8号様式（第13条関係）

(裏)

市記入欄（申請者は記入しないでください。）

身元確認区分	運転免許証・身分証明書・学生証・その他（ ）
所有確認区分	自転車等の鍵・引取通知書・その他（ ）
保管等費用	徴収（1,500円・2,000円）・免 除
返 還 日	年 月 日
返還担当者	

(鈴鹿市行政組織規則の一部改正)

第5条 鈴鹿市行政組織規則（平成9年鈴鹿市規則第7号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改める。

改 正 後		改 正 前	
別表第1（第5条関係）		別表第1（第5条関係）	
課	事務分掌概目	課	事務分掌概目
略	略	略	略
戸籍住民課	(1)～(12) 略 (13) 住民登録異動分に係る <u>国民健康保険被保険者の資格の取得における届出の受付</u> に関すること。 (14)・(15) 略	戸籍住民課	(1)～(12) 略 (13) 住民登録異動分に係る <u>国民健康保険被保険者証の交付</u> に関すること。 (14)・(15) 略
略	略	略	略
保険年金課	(1)～(4) 略 (5) 国民健康保険に係る諸届書の受付 <u>並びに資格情報通知書及び資格確認書の交付</u> に関すること。 (6)～(14) 略	保険年金課	(1)～(4) 略 (5) 国民健康保険に係る諸届書の受付 <u>及び被保険者証の交付</u> に関すること。 (6)～(14) 略
略	略	略	略

(鈴鹿市福祉医療費等の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第6条 鈴鹿市福祉医療費等の助成に関する条例施行規則（平成13年鈴鹿市規則第25号）の一部を次のように改正する。

第1号様式（表）を次のとおり改める。

第1号様式（第6条、第7条、第8条関係）

（表）

- 1 障がい者（一般・65）

認定（更新）申請書
- 2 一人親家庭等

福祉医療費受給資格
- 3 子ども

変更届出書

対象	フリガナ							性別	男 女		
	氏名							生年月日	年 月 日		
	住所	鈴鹿市						個人番号			
理由	該当する理由に○を付けてください。										
	取得	出生	転入	離婚	死別	手帳交付	生保廃止	その他（ ）			
	変更	氏名	住所	保険	振込先	その他（ ）		事由発生日	年 月 日		
子ども医療費受給資格の申請（届出）の場合は、この項目も記入してください。											
保護者	氏名					対象者からみた続柄			生年月日	年 月 日	
	住所	□対象者と同じ							個人番号		
	氏名					対象者からみた続柄			生年月日	年 月 日	
	住所	□対象者と同じ							個人番号		
振込口座	銀行 金庫 協同組合			本店 支店 出張所			口座名義人 （カタカナで記入）				
	預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号 （左づめ）								
加入医療保険	【医療保険の資格確認書等の写しのとおり】 受給者本人の医療保険の資格確認書等の <u>コピー</u> を添付してください。 申請理由が「出生」の場合は、加入予定の医療保険（父又は母の医療保険）の資格確認書等の <u>コピー</u> を添付してください。										

上記のとおり申請し（届け出）ます。
なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）、所得状況等の必要事項を調査されることに同意します。
（宛先）鈴鹿市長

申請者

□対象者と同じ

住所

□保護者と同じ

氏名

電話番号

第3号様式を次のとおり改める。

第 3 号様式（第 6 条関係）

その 1

（表）

鈴鹿市 福祉医療費受給資格証				
受給資格証番号				
有効期間				
受給資格者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 性別
加入医療保険	保険者番号			
	名称等			
	被保険者氏名			
	記号番号			
三重県 鈴鹿市長 印				

※医療機関等の窓口で、マイナンバーカード又は医療保険の資格確認書等とともに提示してください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給資格証は、鈴鹿市福祉医療費等の助成に関する条例により助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。
- 2 県内の医療機関等で診療を受けるときは、必ずマイナンバーカード又は医療保険の資格確認書等とともにこの受給資格証を医療機関等の窓口へ提示してください。
- 3 県外の医療機関等で診療を受けたときは、領収書及びこの受給資格証をお持ちの上、届け出てください。
- 4 保険給付の対象にならない医療費は、助成の対象となりません。
- 5 この受給資格証を汚したり、失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 有効期間を経過したときは、速やかにこの受給資格証を返還してください。
- 7 転出等で資格を喪失したときは、速やかにこの受給資格証を返還し、使用しないでください。
- 8 住所、加入している健康保険等に変更があったときは、速やかに届け出てください。

問合せ先 鈴鹿市

Tel

Fax

その 2

(表)

現物給付 鈴鹿市 福祉医療費受給資格証				
公費負担者番号				
受給資格証番号				
有効期間				
対象医療機関		三重県内の医療機関		
受 給 資 格 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
三重県 鈴鹿市長 印				

※医療機関等の窓口で、マイナンバーカード又は医療保険の資格確認書等とともに提示してください。

※県内医療機関等においても、現物給付方式に対応していない場合がありますので、受診の前に医療機関等に御確認ください。

※鈴鹿市外へ転出した場合等、資格喪失後は、この受給資格証は使用できません。万が一使用した場合は、鈴鹿市への返金が発生しますので、速やかに返却してください。

(裏)

現物給付方式に係る注意事項

- 1 県内の医療機関等で診療を受けるときは、必ずマイナンバーカード又は医療保険の資格確認書等とともにこの受給資格証を医療機関等の窓口へ提示してください。
- 2 【国民健康保険加入の方】入院等で高額な医療費が発生する場合は、医療機関の窓口でマイナンバーカード又は国民健康保険の限度額適用認定証を提示した場合のみ現物給付方式で助成します。
- 3 この受給資格証を提示しなかった場合は、医療費を支払い、後日受給資格証を医療機関等の窓口へ提示してください。その場合は、償還払い方式で助成します。
- 4 他の公費負担制度の証をお持ちの場合は、この受給資格証とともに必ず医療機関等の窓口へ提示してください。
- 5 保険給付の対象にならない医療費は、助成の対象となりませんので、医療機関等の窓口でお支払いください。
- 6 入院時の食事療養費標準負担額は、医療機関等の窓口でお支払いください。加入医療保険から発行された標準負担額減額認定証の提示により減額された場合は、福祉医療課に申請することで助成を受けることができます。
- 7 次の場合、市に医療費を返還していただきます。
 - ・医療保険から高額療養費等が支給された場合
 - ・資格喪失後に、この受給資格証を使用した場合
- 8 転出等で資格を喪失したときは、速やかにこの受給資格証を返還し、使用しないでください。不正に使用した場合は、刑法の規定に基づき、詐欺罪として懲役の処分を受けます。

【現物給付方式】医療費を窓口負担しないことで助成を受ける方式

【償還払い方式】医療費を窓口負担し、後に口座振込で助成を受ける方式

（東日本大震災による被災者に係る鈴鹿市国民健康保険一部負担金等の特例措置に関する取扱規則の一部改正）

第7条 東日本大震災による被災者に係る鈴鹿市国民健康保険一部負担金等の特例措置に関する取扱規則（平成23年鈴鹿市規則第34号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改める。

改 正 後	改 正 前
（定義） 第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 （1）～（3） 略 （4） 免除対象国保被保険者 転入により本市の<u>国民健康保険の被保険者の資格を取得した東日本大震災発生時に特定被災区域に住所を有していた被災者であって、かつ、次のいずれかに該当するものをいう。</u> ア～ケ 略 （保険医療機関等の受診） 第6条 免除証明書の交付を受けた免除対象国保被保険者（以下「免除認定者」という。）は、保険医療機関等において療養の給付を受ける際は、<u>国民健康保険法第36条第3項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るとともに、当該保険医療機関等に免除証明書を提出しなければならない。</u>	（定義） 第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。 （1）～（3） 略 （4） 免除対象国保被保険者 転入により本市の<u>国民健康被保険者証（以下「被保険者証」という。）の交付を受けた東日本大震災発生時に特定被災区域に住所を有していた被災者であって、かつ、次のいずれかに該当するものをいう。</u> ア～ケ 略 （保険医療機関等の受診） 第6条 免除証明書の交付を受けた免除対象国保被保険者（以下「免除認定者」という。）は、保険医療機関等において療養の給付を受ける際は、当該保険医療機関等に免除証明書を<u>被保険者証に添えて提出しなければならない。</u>

(免除対象国保被保険者に係る受診の特例) 第7条 前条の規定にかかわらず、免除対象国保被保険者が免除証明書の交付を受ける前に保険医療機関等において<u>国民健康保険法第36条第3項の規定による電子資格確認等により本市の国民健康保険の被保険者であることの確認を受け、第2条第4号アからクまで及び第3項各号に定める事項を申立てすることにより受診していたときは、当該受診に要した一部負担金等を免除対象とするものとする。</u> 2～4 略	(免除対象国保被保険者に係る受診の特例) 第7条 前条の規定にかかわらず、免除対象国保被保険者が免除証明書の交付を受ける前に保険医療機関等において<u>本市の被保険者証の提示及び第2条第4号アからクまで並びに第3項各号に定める事項を申立てすることにより受診していたときは、当該受診に要した一部負担金等を免除対象とするものとする。</u> 2～4 略
---	---

第1号様式及び第2号様式を次のとおり改める。

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）

住 所
申 請 者 方 書
氏 名
電話番号 — —

鈴鹿市国民健康保険（特例）一部負担金等免除申請書

次のとおり、私の世帯の国保被保険者に係る一部負担金等の免除を申請します。

被保険者記号番号				
1	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
2	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
3	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
4	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
5	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
6	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
免除を申請する理由		東日本大震災により 1 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため 3 主たる生計維持者の行方が不明であるため 4 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため 5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため 6 原子力災害対策特別措置法第 1 5 条第 3 項の規定により避難指示地域又は屋内退避指示地域に指定されたため 7 原子力災害対策特別措置法第 2 0 条第 2 項の規定により計画的避難区域又は緊急時避難準備区域に指定されたため 8 特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている者		

備考 申請の際は、証明書類を添付してください。

(必要となる書類)

- 1 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした場合
 - ・ 被災証明書又は被災証明書
- 2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った場合
 - (1) 主たる生計維持者が死亡した場合
 - ア 被災証明書又は被災証明書
 - イ アにその旨の記載がない場合は、死亡診断書
 - ウ イのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書
 - エ 警察の発行する死体検案書
 - (2) 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
 - ・ 医師の診断書
- 3 主たる生計維持者の行方が不明である場合
 - ・ 警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの
- 4 主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない場合
 - (1) 公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの（税務署に提出される廃業届、異動届の写し等）
 - (2) 事業主等による証明書（公的に発行される書類による確認が困難な場合に限る。）
- 5 原子力災害対策特別措置法（平成11年法律第156号）第15条第3項の規定により避難のための立退き若しくは屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難若しくは退避を行っている場合、同法第20条第2項の規定により計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている場合又は特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている場合
 - ・ 避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるもの

※ この欄は、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が
できない理由

(申請者本人が記入してください。)

申請者 _____ の申立てが正しいことを証明します。

年 月 日

住 所
方 書
氏 名
電話番号

— —

(宛先)

第2号様式（第5条関係）

鈴鹿市国民健康保険（特例）一部負担金等免除証明書

被保険者記号番号			
(フリカゝナ) 被保険者氏名	-----	生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所			
世 帯 主 氏 名			
特 例 の 内 容 及 び 有 効 期 間	☐ 一部負担金の免除	年 月 日から	年 月 日まで
	☐ 入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額の免除	年 月 日から	年 月 日まで

上記のとおり証明します。

年 月 日

鈴鹿市長

この証明書は、東日本大震災により被災した被保険者が保険医療機関等で診療等を受けた際に支払う一部負担金等の免除措置を受けられることを証明するものです。

備考

- 1 保険医療機関等の窓口で、マイナンバーカード又は資格確認書等とともに、この証明書を提出してください。
- 2 被保険者の資格がなくなったとき、又は資格確認証の有効期限に至ったときは、直ちに鈴鹿市国民健康保険へ返納してください。また、転出の届出をする際は、この証明書も返納してください。
- 3 資格情報通知書又は資格確認証の記載事項に変更があったときは、14日以内にこの証明書を添えて、鈴鹿市国民健康保険にその旨を届出してください。
- 4 不正にこの証を使用した者は、刑法の規定により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(鈴鹿市養育医療の給付等に関する規則の一部改正)

第 8 条 鈴鹿市養育医療の給付等に関する規則（平成 2 5 年鈴鹿市規則第 4 号）の一部を次のように改正する。

第 1 号様式を次のとおり改める。

第 1 号様式（第 5 条関係）

養育医療給付申請書									
児 童	ふりがな		性別		生年	年 月 日			
	氏名				月 日				
	居住地								
	住所			個人番号					
保 護 者	氏名		児 童 と の続柄		職業				
	居住地								
	住所			個人番号					
被 保 険 者 等 記 号・番号			保 険 者 の 名 称						
			保 険 者 番 号						
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地									
備 考									
養育医療意見書、世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 児童との続柄 電話番号 (宛先)									

第 12 号様式を次のとおり改める。

第 1 2 号様式（第 9 条関係）

養育医療券等記載事項変更届				
受療者	ふりがな		性別	生年月日
	氏 名		男 女	年 月 日
	居 住 地			
	住 所	〒		
申 請 者		ふりがな		続柄
		氏 名		
		住 所		
医療券受給者番号				
医療券の有効期限		年 月 日から 年 月 日まで		
変更内容	事項	変更前	変更後	変更年月日
	受療者に関する事項			
	申請者等に関する事項			
	医療保険の資格内容に関する事項			
備 考				
上記のとおり養育医療券及び養育医療給付申請書の記載事項の変更を届け出ます。 年 月 日 (宛先) 届出者 住所 氏名 電話番号				

備考

医療保険の資格内容に関する事項の変更を行う場合は、変更後の資格内容が分かるものの写しを添付してください。

第15号様式を次のとおり改める。

第15号様式（第17条関係）

養育医療給付台帳

受給者番号				
受療者氏名			生年月日	
			性別	
申請者氏名			続柄	
			同世帯の児童	
住所	(電話番号)			
出生時の体重	g	病状の概要		
保険区分及び保険者の名称				
被保険者等記号・番号				

申請年月日	交付年月日	指定医療機関名	診療予定期間	券の有効期間	階層区分基準月額

[illegible]

(鈴鹿市育成医療費の支給認定に関する規則の一部改正)

第9条 鈴鹿市育成医療費の支給認定に関する規則（平成25年鈴鹿市規則第30号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改める。

改 正 後	改 正 前
(支給認定の申請) 第5条 略 2 略 3 第1項の場合においては、省令第35条第2項各号に掲げるもののほか、次に掲げる書類を添付しなければならない。 (1) 対象児童及び当該対象児童と同一の世帯に属する者の名前が記載されている医療保険の加入関係が分かるもの (2)・(3) 略	(支給認定の申請) 第5条 略 2 略 3 第1項の場合においては、省令第35条第2項各号に掲げるもののほか、次に掲げる書類を添付しなければならない。 (1) 対象児童及び当該対象児童と同一の世帯に属する者の名前が記載されている <u>被保険者証等の</u> 医療保険の加入関係が分かるもの <u>(以下「被保険者証」という。)</u> (2)・(3) 略

第1号様式を次のように改める。

第 1 号様式（第 5 条、第 1 2 条、第 1 3 条関係）

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）									
受診者	フリガナ					性別	年齢	生年月日	
	氏名					男 女	歳	年 月 日	
	フリガナ					電話番号			
	住所								
	個人番号								
保護者（受診者が 1 8 歳未満の場合）	フリガナ					続柄			
	氏名								
	フリガナ					電話番号	□受診者と同じ		
	住所	□受診者と同じ							
個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者等 記号・番号				保険者名				
	受診者と同一保険の 加入者（続柄）								
	個人番号								
	該当する所得区分		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		
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（薬局及び訪問看護事業者を含む。）	医療機関名		所在地及び電話番号				変更（追加）年月日		
受給者番号				受給者証の有効期限		年 月 日			
私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。 申請者住所（受診者本人と異なる場合のみ）						市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の申告の有無			
						有 無			
氏名						年 月 日			
（宛先）鈴鹿市社会福祉事務所長									
私は、自立支援医療の適正な助成のため、氏名、生年月日、受給者番号、自己負担上限額、申請年月日、変更（追加）年月日等を、上記の受診を希望する指定自立支援医療機関に情報提供することに同意します。									
保護者（受診者が 1 8 歳未満の場合）又は本人氏名									

ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日						認定年月日			
今回所得区分	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	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 同意書による確認 その他（ ）								
備考									

第4号様式を次のように改める。

第4号様式（第6条、第11条関係）

（表）

自立支援医療受給者証（育成医療）									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
受 診 者	フリガナ								生年月日
	氏 名								
	住 所								
	被保険者等記号・番号						保険者名		
	重度かつ継続								
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）		フリガナ							続柄
		氏 名							
		住 所							
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号				
自己負担上限額									
有効期間									
上記のとおり認定する。									
年 月 日 鈴鹿市社会福祉事務所長									

(裏)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

第7号様式を次のように改める。

第7号様式（第7条関係）

育成医療治療用装具支給認定申請書															
負担者番号	1	6	2	4	6	0	7	6	受給者番号						
ふりがな									男・女	生年月日	年 月 日				
本人氏名															
扶養義務者氏名									本人との続柄						
扶養義務者住所	☐ 本人と同じ														
被保険者等記号・番号									保険発行機関名						
身体障害者手帳番号※1									障害等級※1						
障害名															
給付を受けたい補装具の名称									修理部位						
希望する業者名															
製作上特に希望する事項															
育成医療による補装具の支給を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。 申請者住所 本人との続柄 申請者氏名※2 年 月 日 （宛先）鈴鹿市社会福祉事務所長															

備考

- 1 身体障害者手帳をお持ちの方は、御記入ください。
- 2 育成医療受給者証の有効期間内に必ず申請してください。期間外の場合は認められません。

第14号様式を次のように改める。

第 1 4 号様式（第 1 3 条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）									
受診者	フリガナ					性別	生年月日		
	氏名					男 女	年 月 日		
	フリガナ								
	住所								
	個人番号								
保護者（受診者が 18 歳未満の場合）	フリガナ							続柄	
	氏名								
	フリガナ								
	住所								
	個人番号								
自立支援医療費受給者番号									
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
変更内容	事項	変更前			変更後			変更年月日	
	受診者に関する事項（氏名、住所及び電話番号）								
	保護者に関する事項（氏名、住所及び電話番号）								
	医療保険に関する事項（記号及び番号、保険者名並びに受診者との加入者）								
備考									
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 住所 氏名 電話番号 （宛先）鈴鹿市社会福祉事務所長									

備考

- 1 医療保険の資格内容に関する事項の変更を行う場合は、変更後の資格内容が分かるものの写しを添付してください。
- 2 受診者と同一保険に加入する方全員の氏名、続柄及び個人番号を別紙に記入してください。

(鈴鹿市国民健康保険条例施行規則の一部改正)

第10条 鈴鹿市国民健康保険条例施行規則（平成30年鈴鹿市規則第13号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改める。

改 正 後	改 正 前
(資格確認書の更新) 第8条 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）第7条の2第1項の規定に基づく<u>資格確認書</u>の更新は、毎年行うものとする。 (一部負担金の徴収猶予及び免除の決定の通知等) 第12条 略 2 前項の証明書の交付を受けた者及び当該者の世帯に属する被保険者（以下この条及び次条において「受給者」という。）が、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）で療養の給付を受けようとするときは、<u>法第36条第3項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るとともに、当該証明書を</u>保険医療機関等に提出しなければならない。 (出産育児一時金) 第14条 条例第4条第1項の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする世帯主は、国民健康保険出産育児一時金請求書に<u>出生届及び</u>医師又は助産師が被保険者の分	(被保険者証の更新) 第8条 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）第7条の2第1項の規定に基づく<u>被保険者証</u>の更新は、毎年行うものとする。 (一部負担金の徴収猶予及び免除の決定の通知等) 第12条 略 2 前項の証明書の交付を受けた者及び当該者の世帯に属する被保険者（以下この条及び次条において「受給者」という。）が、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）で療養の給付を受けようとするときは、<u>当該証明書を被保険者証に添えて、</u>保険医療機関等に提出しなければならない。 (出産育児一時金) 第14条 条例第4条第1項の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする世帯主は、国民健康保険出産育児一時金請求書に<u>被保険者証及び出生届その他</u>医師又は助産

娩に関する内容を証する書類（病院、診療所、助産所その他の者の名称が分かるものに限る。）を添えて、市長に提出しなければならない。	師が被保険者の分娩に関する内容を証する書類（病院、診療所、助産所その他の者の名称が分かるものに限る。）を添えて、市長に提出しなければならない。
2 略	2 略

（鈴鹿市個人情報の保護に関する法律等施行規則の一部改正）

第 1 1 条 鈴鹿市個人情報の保護に関する法律等施行規則（令和 5 年鈴鹿市規則第 1 号）の一部を次のように改正する。

第 2 号様式を次のとおり改める。

第2号様式（第3条関係）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

（宛先）

（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項の規定に基づき、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。）

ア又はイに○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＞ ☐ 閲覧 ☐ 写しの交付 ☐ その他（ ） ＜実施の希望日＞ _____ 年 _____ 月 _____ 日 イ 写しの送付を希望する。
--

- 3 本人確認等

ア 開示請求者 ☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人
イ 請求者本人確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 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 （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（ ）

〔処理欄〕 ※ 次の欄は記入しないでください。

事務担当課	課（電話 _____）
備考	

第15号様式を次のとおり改める。

第 1 5 号様式（第 1 2 条関係）

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

(宛先)

(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 項の規定に基づき、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	開示決定通知書の日 付： 年 月 日 文書番号： 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	☐ 本人	☐ 法定代理人	☐ 任意代理人
2 請求者本人確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 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。			
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 ☐ 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 _____			
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 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 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 ☐ 委任状 ☐ その他 ()			

〔処理欄〕 ※ 次の欄は記入しないでください。

事務担当課	課（電話 _____）
備考	

第 2 4 号様式を次のとおり改める。

第 2 4 号様式（第 1 8 条関係）

保有個人情報利用停止請求書

年 月 日

（宛先）

（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 項の規定に基づき、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	開示決定通知書の日 付： 年 月 日 文書番号： 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等
利用停止請求の趣旨及び理由	（趣旨） ☐ 第 1 号該当 → ☐ 利用の停止 ☐ 消去 ☐ 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
2 請求者本人確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 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。
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 ☐ 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 _____
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 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 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 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）

〔処理欄〕 ※ 次の欄は記入しないでください。

事務担当課	課（電話 _____）
備考	

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。ただし、第1条中第18条第1項の改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に改正前の各規則の規定に基づいて調製した様式で現に残存するものは、この規則の施行の日以後においても、当分の間、なお使用することができる。