

長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金交付要綱の一部を改正する要綱をここに告示する。

令和元年6月25日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 田上 富久



長崎県後期高齢者医療広域連合告示第3号

長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金交付要綱（平成28年8月1日制定）の一部を次のように改正する。

第1条中「、厚生労働省が交付する後期高齢者医療制度事業費補助金を財源として」を削る。

第3条中「、毎年度厚生労働省が定める後期高齢者医療制度事業費補助金交付要綱に基づき」を削る。

様式第1号、様式第2号、様式第4号及び様式第5号の規定中「平成」を削る。

様式第7号及び様式第8号の規定中「平成」を削り、「 年度長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金交付要綱」を「長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金交付要綱」に改める。

様式第9号を次のように改める。

様式第9号（第9条様式）

年度長崎県後期高齢者医療広域連合
保険料収納対策補助金概算払請求書

金 _____ 円

年 月 日付〇〇第 号で交付決定の通知のあった 年度長崎県
後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金のうち、次の金額を概算払で交付
されるよう、「長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金交付要綱」の
第9条の規定により請求します。

請求額の内容	交付決定額	円
	(交付済額)	円)
	今回請求額	円
	残 額	円

概算払の請求理由

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

請求者 住所
〇〇市町長



《 振 込 先 》

金融機関名		支店名	
預貯金種別		口座番号	
(カナ)	()		
口座名義			

様式第10号、様式第11号、様式第13号及び様式第14号の規定中「平
成」を削る。

様式第15号を次のように改める。

様式第15号（第9条関係）

年度長崎県後期高齢者医療広域連合
保険料収納対策補助金交付請求書

金 _____ 円

年度長崎県後期高齢者医療広域連合保険料収納対策補助金の額の確定に伴う交付分として上記のとおり請求します。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

請求者 住所
〇〇市町長



《 振 込 先 》

金融機関名		支店名	
預貯金種別		口座番号	
(カナ) 口座名義	()		

附 則

この要綱は、令和元年7月1日から施行する。