○新地町重度心身障害者医療費の給付に関する条例施行規則

昭和57年６月１日規則第８号

（受給者証の交付申請）

第１条　新地町重度心身障害者医療費の給付に関する条例（昭和49年新地町条例第18号。以下「条例」という。）第３条第１項に規定する重度心身障害者医療費（以下「医療費」という。）の給付を受けようとする者は，あらかじめ重度心身障害者医療費受給者証交付申請書（第１号様式）を町長に提出するものとする。ただし，町長が必要と認めた場合は，本人に代わつてその保護者が申請することができる。

２　前項の申請には，次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

（１）　医療保険各法の規定による被保険者証又は組合員証

（２）　その他町長が必要と認めた書類

（受給者証の交付）

第２条　町長は，前条に規定する申請に基づいて医療費の給付を受けることができる者であることを確認したときは，申請者に重度心身障害者医療費受給者証（以下「受給者証」という。）（第２号様式）を交付するものとする。

２　前項の受給者証の交付日は，町長が交付決定をした日の属する月の翌月の初日（交付決定をした日が月の初日であるときは，その日）とする。

（受給者証の確認）

第３条　受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は，毎年１回町長の定める期間内に受給者証に第１条第２項各号に掲げる書類を添え，これを町長に提出して引き続き医療費の給付を受けることができる者であることの確認を受けなければならない。

（受給者証の再交付）

第４条　受給者は，受給者証を破損し，又は紛失したときは重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書（第３号様式）を町長に提出して再交付を申請することができる。

２　受給者証を破損した場合の前項の申請には，同項の申請書に，その受給者証を添えなければならない。

第５条　受給者は次の各号に掲げる場合は，すみやかに重度心身障害者医療費受給者証変更届書（第４号様式）を町長に提出して届出なければならない。

（１）　氏名を変更したとき。

（２）　新地町の区域内で居住地を変更したとき。

（３） 保険に関する事項に変更があつたとき。

２ 前項の届出書には受給者証を添えなければならない。

（受給者証の返還）

第６条 受給者は次の各号のいずれかに該当するに至つたときは速やかに重度心身障害者医療費受給者証返還届書（以下「返還届書」という。）（第５号様式）に受給者証を添えて届け出なければならない。

（１） 条例第２条第１項に規定する重度心身障害者でなくなつたとき。

（２） 条例第３条第２項各号のいずれかに該当するに至つたとき。

（３） 新地町の区域内に住所を有しなくなつたとき。

２ 前項の届出は，受給者の親族等が代わつてすることをさまたげない。

３ 受給者が死亡したときは，戸籍法（昭和22年法律第224号）の規定による死亡の届出義務者が速やかに第１項の返還届書に受給者証を添えて届け出なければならない。

（医療費給付の申請）

第７条 条例第３条第１項の規定による医療費の給付を受けようとする者は，重度心身障害者医療費給付申請書（第６号様式）に別表に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

（高額療養費支給にかかわる給付）

第８条 条例第２条第４項第２号に規定する額は，次の算式により算定した額とする。

（給付の決定）

第９条 町長は，第７条の規定により提出された申請書を審査し，医療費を給付すべきものと認めたときは，給付を決定し，重度心身障害者医療費給付決定通知書（第７号様式）を申請者に交付するものとする。

（口頭による申請等）

第10条 町長は，この規則に規定する申請書，届書等を作成することができない特別の事情があると認めるときは，必要な措置をとることによつて申請者又は届出人の口頭による申請又は届出をもつて当該申請書又は届書の受理にかえることができる。

（処分の通知）

第11条 町長は，医療費の給付に関する処分をしたときは，文書をもつてその内容を申請人又は届出人に通知しなければならない。

（委任）

第12条 この規則に定めるもののほか，医療費の給付に関し必要な事項は，町長が別に定める。

附　則

この規則は，公布の日から施行する。

附　則（昭和60年３月30日規則第３号）

この規則は，昭和60年４月１日から施行し，改正後の第８条の規定は，昭和60年４月１日以後の医療行為に係る医療費の給付から適用する。

附　則（昭和61年８月４日規則第９号）

この規則は，公布の日から施行し，昭和61年５月１日から適用する。

附　則（平成５年３月31日規則第２号）

この規則は，公布の日から施行し，平成５年５月１日から適用する。

附　則（平成５年７月１日規則第９号）

この規則は，公布の日から施行し，平成５年５月１日から適用する。

附　則（平成６年12月15日規則第22号）

この規則は，公布の日から施行し，平成６年10月１日以降の医療行為に係る重度心身障害者医療費の給付から適用する。

附　則（平成10年６月23日規則第６号）

この規則は，公布の日から施行し，平成10年４月１日から適用する。

附　則（平成14年２月25日規則第２号）

この規則は，公布の日から施行する。

附　則（平成15年３月19日規則第２号）

この規則は，公布の日から施行し，平成14年10月１日から適用する。

附　則（平成17年９月26日規則第16号）

１　この規則は，平成17年10月１日から施行する。

２　前項の規定にかかわらず，平成17年10月１日から平成18年３月31日までの間における入院時食事療養費定額負担分の額は，改正前の新地町重度心身障害者医療費の給付に関する条例施行規則第８条に規定する算式を適用するものとし，当該額は医療保険各法及び老人保健法に定める１日につき定額の標準負担額に２分の１を乗じて算定する。

附　則（平成20年３月19日規則第１号）

この規則は，平成20年４月１日から施行する。

附　則（平成28年１月１日規則第３号）

この規則は，平成28年１月１日から施行する。

別表（第７条関係）

<table>
<tr><th colspan="2">区分</th><th>提出書類</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1　70歳未満の世帯に属する者で一部負担金が21千円以上であり高額療養費に該当する場合，又は70歳以上の世帯に属する者で一部負担金が12千円以上（市町村民税が課税されない者は８千円）であり高額療養費に該当する場合</td><td>（１）　国民健康保険法適用者</td><td>高額療養費支給に関する確認書（第６号様式）</td></tr>
<tr><td>（２）　（１）以外の医療保険各法適用者</td><td>高額療養費支給決定通知書又は高額療養費の積算基礎を明らかにした書類</td></tr>
<tr><td colspan="2">2　70歳未満の世帯に属する者で一部負担金が21千円以上139.8千円以下（市町村民税が課されない者は21千円以上35.4千円以下）であり高額療養費に該当しない場合，又は70歳以上の世帯に属する者で一部負担金が12千円以上139.8千円以下（市町村民税が課されない者は８千円以上35.4千円以下）であり高額療養費に該当しない場合</td><td>高額療養費支給に関する申立書（第６号様式）</td></tr>
<tr><td colspan="2">3　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が，入院にかかる費用の給付申請をする場合</td><td>重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書（第６号様式の２）</td></tr>
</table>

第１号様式（第１条関係）

受給資格要否要否 （理由）		加入保険	
		附加給付	有　　　無

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年　月　日

新地町長　　宛

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　㊞

電話番号

受給者	ふりがな 氏名							生年月日							
	住所														
	個人番号														
保護者	ふりがな 氏名							生年月日							
	住所							職業			続柄				
加入保険	保険者名														
	記号番号														
	被保険者名														
	事業所														
	所在地														

世帯の状況	氏名	個人番号												続柄	前年分の所得税額

附加給付に関する証明

当事業所においては上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

事業所長名　　　　　　　㊞

重度心身障害者医療費助成金振込依頼書

私にかかる重度心身障害者医療費助成金について、次の指定する口座へ振り込みされるようお願い致します。

《振込先》

【　金融機関名　】			
銀行・信用金庫・信用組合 農業協同組合・労働金庫			支店 本店
【種別】	普通　・　当座	【口座番号】	
【口座名義人】	（フリガナ）		

※振込先は**受給資格者の口座**を記入してください。
併せて、その口座の預金通帳の写しも提出してください。

（注）　これ以下は記入しないでください。

決裁	課　長	課　長 補　佐	係　長	係　員	処理欄	処　理　月　日	台　帳 記　入	処　理 者　印

第２号様式（第２条関係）

（表　面）

重度心身障害者医療費受給者証				
記　号	新　　地		番　号	
受給者	氏　　名			男・女
	生年月日	年　　月　　日生		
	住　　所			
保護者	氏　　名			男・女
	住　　所			
発行機関名及び印	新地町長　　　　印			
交付年月日	年　　月　　日			
検　　印	検　　印	検　　印		

（裏　面）

注　　意　　事　　項

1　この証は，あなたが医療費の給付を受けることができる証ですから大切に保管してください。

2　この証は，保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは，保険証と一緒に医療機関等に提出してください。

3　医療費の給付を受けようとするときは，給付申請書に医療機関から証明を受けて提出してください。

4　次の事由が生じたときは，必ず届けてください。

（1）　氏名に変更があつたとき。

（2）　住所を変更したとき。

（3）　加入保険に変更があつたとき。

5　受給の資格がなくなつたときは，すみやかに返還してください。

6　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が精神障害による疾患で入院したときは，この受給者証は使用できません。

第３号様式（第４条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

新地町長　　宛

住　　所

申請者　　　氏　　名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

重度心身障害者医療費受給者証を破損／紛失したので再交付願いたく申請します。

受給者	氏　　名					生年月日		年　月　日					
	住　　所					受給者証記号・番号							
	個人番号												
保護者	氏　　名					続　　柄							
	住　　所					生年月日							
加入保険	保険者名												
	記号・番号												
	被保険者名												
	事業所												

（注）　これ以下は記入しないでください。

決裁	課　長	課長補佐	係　長	係　員	処理欄	処理月日	台帳記入	処理者印

第４号様式（第５条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">重度心身障害者医療費受給者変更届書</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受
給
者</td><td colspan="2">受給者証
記号・番号</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">変更事由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">変
更
事
項</td><td colspan="3">新</td><td colspan="3">旧</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td colspan="2">氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td></td><td colspan="2">住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td>記号・番号</td><td></td><td rowspan="3">加入保険</td><td>記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td></td><td>保険者名</td><td></td></tr>
<tr><td>摘　　要</td><td></td><td>摘　　要</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td></td><td colspan="2">備　　考</td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり変更したので受給者証を添えてお届けします。

年　　月　　日

新地町長　　宛

届出人　住　所

　　　　氏　名　　　　　　　　㊞

（注）　これ以下は記入しないでください。

<table>
<tr><td rowspan="2">決
裁</td><td>課　長</td><td>課長補佐</td><td>係　長</td><td>係　員</td><td rowspan="2">処
理
欄</td><td>変　更　年　月　日</td><td>処理者印</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>年　　月　　日</td><td></td></tr>
</table>

第５号様式（第６条関係）

重度心身障害者医療費受給者証返還届

年　　月　　日

新地町長　　　　　殿

届出人　住　所

　　　　氏　名　　　　　　　㊞

次のとおり，重度心身障害者医療費給付資格を喪失したので受給者証を添えて届けます。

受給者	受給者証記号・番号	
	氏　名	
	住　所	
返還理由 （該当する事項を○で囲んでください。）		1　重度心身障害者でなくなつた。 2　重度心身障害者医療費給付条例第３条第２項各号のいずれかに該当 3　新地町の区域内に住所を有しなくなつた。 4　死亡した。

第６号様式（第７条関係）

（表）

重度心身障害者医療費給付申請書

年　　月　　日

新地町長

申請者　住　　所
ふりがな
氏　　名　　　　　　　　　㊞

電話番号

受給者証記号・番号		受給者名	

保　険　診　療　証　明　書

年　　月　診療分　　　　　　　　　　１　入　院　　２　通　院

医療の給　付	保険診療合計点数	点	薬剤一部負担金額・①	円
			負担金額（①を除く）・②	円

食事の医　療	入　院　日　数	日	入院時食事療養費定額負担日額（ｂ）	円	入院時食事療養費定額負担月額〔（ａ）×（ｂ）〕・③	円
	食事提供日数（ａ）	日				

合　計　受　領　金　額　　①＋②＋③	円

年　　月　　日　　　　　　医療機関　所在地
薬　　局
名　称

氏　名　　　　　　　　　㊞

高額療養費支給に関する確認書（申立書）

下記の通り確認（申立て）します。

確認者（申請者）名　　　　　　㊞

年　　月　　日

新地町長

（注意　食事療養費は，「病院等で支払つた一部負担金等」に含めないこと。）

療養を受けた者の氏　　名	療養を受けた病院，診療所等	病院等で支払つた一部負担金等	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘　要
		円			
合　　計			円	円	

支給年月日	高額療養費支給額	附加給付額	そ　の　他	医　療　の　給　付	給付決定額	摘　要
				食　事　療　養　費　分		

（裏）

（注）　１　「高額療養費支給に関する確認書（申立書）」欄（以下「申立書等欄」という。）は，あなたが病院等に30千円以上63.6千円以下（非課税世帯21千円以上35.4千円以下）の医療費を支払い，かつ同じ月であなた以外の家族の者で，30千円（非課税世帯21千円）以上の医療費を支払つた者がなく高額療養費に該当しない場合，本人申立てとして記入してください。

２　あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合，あなたの市（町村）の国民健康保険担当課で確認を受けてください。

３　あなたが国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合，保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提示してください。

４　申立書等欄の記入のため，病院等からの領収書は，家族の分も含め，保管してください。

５　申立書等欄に，記入漏れ又は偽りの申立てを行つて医療費の給付を受けた場合は，給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。

６　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は，入院にかかる給付申請書を提出するとき，「重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書」を添付してください。

第６号様式の２（第７条関係）

重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書＿＿年＿＿月診療分

入　院　診　療　科＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入院の主たる疾病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　療　の　給　付　　保険診療合計点数　＿＿＿＿＿点

保険診療金額内訳

	薬剤一部負担金額	負担金額（左欄を除く）
その他の疾患診療金額	①　円	②　円
精神科診療金額	円	円
合　　計	円	円

※　①と②の金額は，第６号様式の①と②の金額とそれぞれ同額となる。

年　　月　　日　　　　医療機関　所在地
薬　　局　名　称
氏　名　　　　　　印

第７号様式（第８条関係）

第　　　　号

重度心身障害者医療費給付決定通知書

年　　月　　日

殿

新地町長　　　　　　　㊞

年　　月　　日付で申請のありました重度心身障害者医療費の給付について，次のとおり決定しました。

記

１　給　　付　　額　　　　　　　　　　　　　円

２　支　　給　　日

３　支　給　方　法