

○大竹市重度心身障害者医療費支給条例施行規則

平成13年 7月31日

規則第29号

改正 平成22年 3月16日規則第 3号

平成27年12月28日規則第31号

平成29年 3月28日規則第18号

平成30年 3月30日規則第17号

平成30年12月27日規則第27号

大竹市重度心身障害者医療助成条例施行規則(平成 8年大竹市規則第 8号)の全部を改正する。

(趣旨)

第 1 条 この規則は、大竹市重度心身障害者医療費支給条例(平成12年大竹市条例第34号。以下「条例」という。)の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第 2 条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例によるものとする。

(条例第 4 条第 3 項ただし書の特別な事情があると市長が認めた者)

第 2 条の 2 条例第 4 条第 3 項ただし書の特別な事情があると市長が認めた者は、住家が全壊、半壊、全焼、半焼又はこれらに準ずる被害を受けた者とする。

(認定申請)

第 3 条 条例第 3 条第 1 項の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、重度障害者医療費受給資格認定(更新)申請書(様式第 1 号。以下「認定等申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) その者の前年の所得の額(国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第32条第11項の規定によりなおその効力を有するものとされた国民年金法施行令等の一部を改正する等の政令(昭和61年政令第53号)による改正前の国民年金法施行令(以下「旧施行令」という。)第 6 条の 2 の規定によって計算した所得の額をいう。)が条例第 4 条第 3 項第 1 号に規定する額を超える場合において、その者が旧施行令第 6 条の 2 第 2 項第 4 号の規定に該当するときは、当該事実を明らかにすることができる書類
- (2) その者が条例第 4 条第 3 項第 1 号の規定に該当せず、かつ、同項第 2 号に規定する者(以下「扶養義務者等」という。)の前年の所得の額が特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令(昭和50年政令第207号)第 2 条第 2 項に規定する額以上の場合において、扶養義務者等が旧施行令第 6 条の 2 第 2 項第 4 号の規定に該当するときは、当該事実を明らかにすることができる書類
- (3) その者がその年の 1 月 1 日において他の市町村に住所を有していたときは、その者の前年

の所得の額（その者が旧施行令第6条の2第2項第1号から第3号までの規定に該当するときは、前年の所得の額及び当該各号に掲げる額）を明らかにすることができる市町村長の証明書並びに所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する同一生計配偶者及び扶養親族（以下「扶養親族等」という。）の有無及び数について当該市町村長の証明書

(4) その者が条例第4条第3項第1号の規定に該当しない場合において、扶養義務者等がその年の1月1日において他の市町村に住所を有していたときは、扶養義務者等の前年の所得の額（扶養義務者等が旧施行令第6条の2第2項第1号から第3号までの規定に該当するときは、前年の所得の額及び当該各号に掲げる額）を明らかにすることができる市町村長の証明書並びに条例第4条第3項第2号に規定する扶養親族等の有無及び数について市町村長の証明書

(5) その他市長が必要と認めた書類

2 前項の規定による申請には、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）若しくは高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による被保険者の被保険者証又は社会保険各法による被保険者若しくは被扶養者の被保険者証若しくは組合員証を提示しなければならない。

3 1月から7月までの間に行う申請については、第1項第1号から第4号までの規定中「前年の所得」とあるのは「前前年の所得」と、同項第3号及び第4号中「その年」とあるのは「前年」とする。

4 条例第4条第3項ただし書の規定により受給資格の認定を受けようとする場合は、震災、風水害、火災、落雷その他の災害により被害を受けた日（以下「被災した日」という。）から1年以内に第1項の規定による申請を行わなければならない。

（登録及び受給者証の交付）

第4条 市長は、前条第1項の規定による申請により受給資格があると認定したときは、登録を行い、当該申請者に重度障害者医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間は、8月1日から翌年7月31日まで（最初に交付される受給者証にあつては、当該受給者が前項の規定による認定を受けた日から最初に到来する7月31日まで）とする。ただし、条例第4条第3項ただし書の規定により受給資格者となった者に係る受給者証の有効期間は、当該受給者が前項の規定による認定を受けた日又は被災した日から当該日から起算して1年を経過する日までとする。

（受給者証の更新申請等）

第5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6月1日から同月30日までの間に認定等申請書に第3条第1項各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出して受給者証の更新を申請するものとする。ただし、市長が公簿等により受給資格があることを確

認することができるときは、更新の申請があったものとみなし、認定等申請書の提出を省略することができる。

2 前項の規定にかかわらず、条例第4条第3項ただし書の規定により受給資格者となった者に係る受給者証は、更新しない。

3 第1項の規定による申請については、第3条第2項の規定を準用する。

4 第1項ただし書の規定は、大竹市の公簿等により受給資格があることを確認することができる場合であって、受給者が他市町村の公簿等に記載された事項を確認することができる書類を提出し、当該書類により受給資格があることを確認することができるときに準用する。

(受給者証の再交付申請)

第6条 受給者は、受給者証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、受給者証再交付申請書(様式第3号)を市長に提出してその再交付を申請することができる。

2 前項の場合において、受給者証を破損し、又は汚損したときは、同項の申請書にその受給者証を添えなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請により受給者であることを確認したときは、受給者証を再交付するものとする。

(受療の手続)

第7条 受給者は、医療を受けようとするときは、保険医療機関等に第3条第2項に規定する被保険者証又は組合員証及び受給者証を提示しなければならない。

(医療費の支給申請)

第8条 受給者は、条例第4条第1項の規定による医療費の支給を受けようとするときは、重度障害者医療費支給申請書(様式第4号)を提出しなければならない。

2 前項の申請書には、当該医療について条例第4条第1項に規定する医療に関する給付が行われたことを証明した書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要と認めた書類を添付しなければならない。

(費用の支払の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第4条第4項の規定により受給者が当該保険医療機関等に支払うべき費用の支払を市長に請求しようとするときは、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める書類を市長に提出するものとする。

(1) 保険医療機関等(指定訪問看護事業者を除く。)が請求する場合 福祉医療費請求書

(2) 指定訪問看護事業者が請求する場合 福祉医療費請求書(老人訪問看護療養費又は訪問看護療養費)

(変更の届出)

第10条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、14日以内に受給者証記載事項変更届

(様式第5号)に受給者証及び市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 受給者証の記載事項に変更が生じたとき。
- (2) 受給者の疾病若しくは負傷について条例第4条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者若しくは共済組合に変更が生じたとき、又は当該医療に関する給付の内容に変更が生じたとき。
- (3) 被保険者証又は組合員証の記号番号に変更が生じたとき。

2 前項第2号及び第3号の届出については、第3条第2項の規定を準用する。

(受給者証の修正)

第11条 市長は、前条第1項第1号の届出があったときは、受給者証の記載事項を修正するものとする。

(受給資格喪失の届出)

第12条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、14日以内に受給資格喪失届(様式第6号)に市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 市の区域外に居住地を変更したとき。
- (2) 国民健康保険法第6条第9号又は第11号の規定に該当するに至ったとき。
- (3) 条例第3条第1項に規定する受給資格者の要件に該当しなくなったとき。

(死亡の届出)

第13条 受給者が死亡したときは、戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定に基づく死亡の届出義務者は、14日以内に受給資格喪失届に市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない。

(第三者の行為による被害の届出)

第14条 医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所(氏名又は住所が明らかでないときは、その旨)並びに被害の状況を、直ちに市長に届け出なければならない。

(親権者又は後見人の申請等)

第15条 この規則に規定する申請又は届出の手続は、対象者若しくは受給者が15才未満であるとき、その他申請又は届出の手続をする能力を有しない者であるときは、その者に代わってその親権を行う者又は後見人(事実上後見人の職務を行っている者を含む。)が行うものとする。

(口頭による申請等)

第16条 市長は、この規則に規定する申請書又は届書を作成することができない特別な事情があると認めたときは、申請者又は届出人の口頭による陳述を当該職員に聴取させうえて、必要な措置をとることによって、当該申請書又は届書の受理に代えることができる。

2 前項の陳述を聴取した当該職員は、陳述事項に基づいて所定の申請書又は届書の様式に従って聴取書を作成し、これを陳述者に読み聞かせたうえで、陳述者とともに記名押印しなければならない。

(受給者証の返還)

第17条 受給者は、次の各号のいずれかに該当したときは、速やかに受給者証を返還しなければならない。

- (1) 受給資格を喪失したとき。
- (2) 受給者証の有効期間が満了したとき。
- (3) 第6条第3項の規定により受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したとき。

(職権による処理等)

第18条 市長は、この規則に規定する申請書又は届書に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

2 市長は、第10条又は第12条の届出がない場合においても、公簿等により受給資格のないことを確認したときは、職権により処理することができる。

(医療費に関する処分の通知)

第19条 市長は、医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

附 則

この規則は、平成13年8月1日から施行する。

附 則 (平成22年3月16日規則第3号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月28日規則第31号)

(施行期日)

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に提出されている様式は、改正後の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (平成29年3月28日規則第18号)

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則 (平成30年3月30日規則第17号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。ただし、第3条第1項第3号の改正規定は、平成31年8月1日から施行する。

附 則（平成30年12月27日規則第27号）

この規則は、公布の日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

様式第1号(第3条, 第5条関係)

重度障害者医療費受給資格認定(更新)申請書

次のとおり, 重度障害者医療費受給資格認定の申請をします。
 なお, 大竹市重度心身障害者医療費支給条例に基づく資格認定及び受給者証更新審査のために, 私の世界帯員・扶養義務者の住民基本台帳及び市町村民税課税台帳等の閲覧に同意します。

大竹市長様 年 月 日

住所 (申請者) -----
 氏名 ----- ㊟
 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当する数字に○を付けてください。		後期高齢者医療の対象者か		1 そうである																							
1 知的障害者				2 そうでない																							
2 身体障害者																											
受給者	フリガナ氏名	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																								
		男・女	生年月日	年 月 日																							
	住所(居住地) 〒739-06		連絡先 () -																								
	配偶者氏名		個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																							
		同居・別居(住所:)																									
者	扶養義務者氏名	続柄	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																							
		同居・別居(住所:)																									
医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄																							
	保険の種類	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合 4 国保 5 国保組合 6 後期																									
	記号・番号			付加給付の有無	有・無																						
	保険者			保険者番号																							
	保険者所在地																										
身体障害者手帳	手帳番号	市	号	障害の程度																							
	交付年月日	年	月	日	1級・2級・3級																						
療育手帳	手帳番号	第	号	障害の程度 ㉠・A・㉡																							
	判定年月日	年	月	日	次期判定年月(年 月)																						

受付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日																				
受給者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																					公費負担者番号	
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日まで																						
起案:	年 月 日	決裁	課長	係長	係員	公印使用承認	・認定																
決裁:	年 月 日						・却下																
施行:	年 月 日						<input type="checkbox"/> 受給者所得																
完結:	年 月 日						<input type="checkbox"/> 配偶者所得 <input type="checkbox"/> 扶養義務者所得																

様式第2号（第4条，第5条，第6条，第7条，第10条，第11条，第17条関係）

重度障害者医療費受給者証			注 意 事 項	
公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				
受給者	居住地			
	氏名			
	生年月日			
一部負担金 (自己負担) 限度額	通院	200円/日	(月4日まで)	
	入院	200円/日	(月14日まで)	
有効期間	年 月 日から			
	年 月 日まで			
発行機関名 及び印	広島県大竹市長			
交付年月日	年 月 日			

1 この証は、医療費の支給を受けることができる証ですから大切に保持してください。

2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。

3 この証で診療を受ける場合は、この証の表面に記載された金額及び日数を限度とする一部負担金を保険医療機関等（同一の保険医療機関等における歯科診療及び歯科診療以外の診療は、それぞれ別の保険医療機関等とみなす。）ごとに支払ってください。
なお、保険薬局で薬剤の支給を受けた場合は一部負担金を支払う必要はありません。

4 200床以上の病院での紹介状なしの初診料、健康診断、予防接種、美容整形、歯列矯正、室料差額など保険給付が行われないうものについては、医療費の支給対象とはなりません。

5 この証に記載してある事項に変更があった場合には、速やかに市長に届け出てください。

6 受給資格がなくなったとき、又はこの証の有効期間が切れたときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返還してください。

7 この証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、再交付を申請してください。

8 この証は、広島県外の保険医療機関等で診療を受ける場合は使用できません。広島県外の保険医療機関等で診療を受けたときは、重度障害者医療費支給申請書（償還払用）の診療報酬領収証明書欄に広島県外の保険医療機関等の証明を受けて、市の窓口へ医療費の支給を申請してください。

様式第3号 (第6条関係)

受給者証再交付申請書

医療の種類					
受給者	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日	
	個人番号				
	住所	大竹市			TEL -
	受給者番号				
医療保険	被保険者氏名			続柄	
	被保険者住所				
	保険の種類	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合 4 国保 5 国保組合 6 その他			
	記号・番号				
	保険者				
	保険者所在地				
申請の理由					
1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()					

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

大 竹 市 長 様

(申請者) 住所 -----
 氏名 ----- 印
 個人番号 []

受付 : 年 月 日				交付処理
決 裁	課長	係長	係員	
年 月 日				月 日

様式第4号（第8条関係）

重度障害者医療費支給申請書（償還払分）

受給者 (保護者)	公費負担者番号											協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保・国保組合・その他
	医療受給者番号											保 険 者 :
	氏 名											記号・番号 :
	生年月日	年	月	日								被保険者氏名 :
	個人番号											
振込先	住 所											電話番号 : — —
	金融機関名	銀行・金庫 農協・信漁連	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金	口座番号							
	記号・番号 (ゆうちょ銀行の場合)											
	口座名義人 (カタカナ)											
上記のとおり申請します。												
大 竹 市 長 様											年 月 日	
受給者 (保護者)											住 所 大竹市	
											氏 名 ㊟	

診 療 報 酬 領 収 証 明 書												
受診者氏名 :						年 月 診療分	入 院 ・ 入 院 外					
生年月日 :	年	月	日	診療実日数			日	医科・歯科・調剤・その他				
保 険 医 療 総 点 数						領 収 額						
合 計 点 数						点	円					
(再 掲)	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 1日目						点	円				
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 2日目						点	円				
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 3日目						点	円				
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 4日目						点	円				
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 5日目以降の計						点	円				
上記のとおり証明します。												
保険医療機関等						所在地 名 称 代表者 電話番号	—	—	㊟			

(注意事項)

- この申請書は、医療費自己負担分を現金で支払った場合、保険医療機関等ごとに使用するものです。1か月単位で証明を受けてください。
- 上段の申請欄(太線内)は、受給者(保護者)が記入してください。
- 中段の診療報酬領収証明書欄(二重線内)は、保険医療機関等で証明してもらってください。なお、領収書(受診者氏名、保険診療点数、領収額が記載されているもの)がある場合は、証明はいりません。
- 受給者(保護者)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要となります。

様式第5号（第10条関係）

受給者証記載事項変更届

医療の種類							
受給者	フリガナ						性別
	氏名						男・女
	生年月日	年		月		日	
	個人番号						
	住所	大竹市			TEL		-
	受給者番号						
変更事項		変更前			変更後		
氏名							
住所							
医療保険	被保険者氏名						
	被保険者住所						
	保険の種類						
	記号・番号						
	保険者						
	保険者所在地						
変更年月日		年		月		日	

上記のとおり、変更したので届け出ます。

年 月 日

大竹市長様

(届出人)

住所： _____

氏名： _____ ㊞

個人番号

受付：		年		月		日
決裁	課長		係長		係員	
		年		月		日

様式第6号 (第12条, 第13条関係)

受給資格喪失届

医療の種類							
受給者	フリガナ						性別
	氏名						男・女
	生年月日	年	月	日			
	個人番号						
	住所	大竹市			TEL	-	
	受給者番号						
資格喪失年月日	年 月 日						
資格喪失事由	1 他市町村に転出した 2 医療保険の資格を喪失した 3 死亡した 4 その他()						

上記のとおり、資格喪失したので届け出ます。

年 月 日

大 竹 市 長 様

住所 : _____
 (届出人)
 氏 名 : _____ ㊟

受付 :		年	月	日	交付処理
決 裁	課長		係長	係員	
年 月 日					月 日

様式第1号 (第3条, 第5条関係)

様式第2号 (第4条, 第5条, 第6条, 第7条, 第10条, 第11条, 第17条関係)

様式第3号 (第6条関係)

様式第4号 (第8条関係)

様式第5号 (第10条関係)

様式第6号 (第12条, 第13条関係)