

○平川市重度心身障害者医療費助成条例施行規則

平成18年1月1日

規則第95号

改正 平成20年3月28日規則第14号

平成21年9月18日規則第25号

平成27年12月28日規則第43号

平成28年3月17日規則第5号

平成29年11月10日規則第27号

(趣旨)

第1条 この規則は、平川市重度心身障害者医療費助成条例（平成18年平川市条例第112号。以下「条例」という。）第12条の規定に基づき、重度心身障害者医療費の助成に関し必要な事項を定めるものとする。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条の規則で定める社会保険各法は、次に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

(受給者証の交付)

第3条 市長は、重度心身障害者医療費受給者証等交付申請書（様式第1号）を審査の結果、条例第2条に規定する対象者であって、条例第3条に規定する支給の制限を受けない者であることを確認したときは、対象者又は条例第4条に定める保護者に対し重度心身障害者医療費受給者証（様式第2号の1。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。また、当該受給者が社会保険各法及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の適用を受ける者については、受給者証に代えて重度心身障害者医療費受給者決定通知書（様式第2号の2。以下「決定通

知書」という。)を交付するものとする。

2 前項の重度心身障害者医療費受給者証等交付申請書には、次の書類を添付して提出させるものとする。

- (1) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)の被保険者又は社会保険各法の被保険者、組合員若しくはその被扶養者にあつては被保険者証
- (2) 身体障害者手帳、愛護手帳又は精神障害者保健福祉手帳
- (3) 前年の所得(1月から9月までは前々年)が明らかになる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

3 受給者証又は決定通知書(以下「受給者証等」という。)を交付したときは、重度心身障害者医療費受給者証交付台帳(様式第9号)を整備しておくものとする。

(受給者証等の有効期間)

第4条 受給者証等の有効期間は、市長が認定した日から翌年の9月30日までとする。ただし、当該認定の日が1月から9月までである場合は、当該認定の日の属する年の9月30日までとする。

(受給者証等の再交付)

第5条 対象者又は保護者は、受給者証等を亡失し、又はき損したときは、重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書(様式第3号)を市長に提出し、再交付申請をすることができる。

(助成額の受給申請)

第6条 条例第6条第1項の規定による医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障害者医療費支給申請書(様式第4号)に医療機関等の発行する領収書又は社会保険各法の保険者が発行する療養費付加給付金支給証明書を添付して市長に提出しなければならない。

(国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律の高額療養費等の申請及び支給)

第7条 市長は、青森県国民健康保険団体連合会から送付された診療報酬請求書により、国民健康保険法の規定による高額療養費の支給対象となる受給者の属する世帯

の世帯主に高額療養費支給申請書（様式第7号）を提出させ、高額療養費給付額調書（様式第8号）2部を添えて保険者に送付するものとする。

- 2 前項の高額療養費支給申請書を提出させるに当たっては、市長に対して高額療養費のうち対象者に係る分の受領について委任をさせるものとする。
- 3 保険者は、受給者から第1項の申請があったときは、速やかに支給額を決定し、その額を高額療養費給付額調書により市長に通知するとともに高額療養費受領の受任者である市長に支払うものとする。
- 4 市長は、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による高額介護合算療養費の支給対象となる受給者の属する世帯の世帯主等に高額介護合算療養費支給申請書を提出させるにあたっては、前2項の取扱いに準じ、高額介護合算療養費のうち対象者に係る分の受領について委任状（様式第7号の2）により委任させ、保険者は、高額介護合算療養費の受領の受任者である市長に支払うものとする。

（助成額決定通知）

第8条 市長は、第6条の申請を受理したときは、その内容を審査の上当該申請に係る助成額を決定し、速やかに重度心身障害者医療費助成額決定通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

（届出事項等）

第9条 条例第8条の規定による届出事項は、対象者又は保護者に関し次に定める事項に変更があった場合とし、同条による届出は、重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届（様式第6号）に受給者証を添付して行うものとする。

- （1） 氏名
- （2） 住所
- （3） 条例第2条各号に定める者の障害の程度
- （4） 対象者が加入している国民健康保険法、社会保険各法の被保険者又は組合員
- （5） 対象者が加入している社会保険各法の保険者並びにその所在地及び名称

(添付書類の省略)

第10条 市長は、この規則に定める申請書又は届出に添付すべき書類のうち、公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）によって証明すべき事実を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。

(受給者証等の返還)

第11条 対象者が条例第2条に規定する対象者の要件を欠くに至った場合又は条例第3条に規定する支給の制限を受ける場合は、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の平賀町重度心身障害者医療費助成条例施行規則（平成5年平賀町規則第11号）、尾上町重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和59年尾上町規則第15号）又は碓ヶ関村重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和59年碓ヶ関村規則第8号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年3月28日規則第14号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成21年9月18日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の第7条の規定は、平成21年8月1日から適用する。

附 則（平成27年12月28日規則第43号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月17日規則第5号）

(施行期日)

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であつてこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第3条の規定による改正前の平川市空き家等の適正管理に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の平川市税に関する文書の様式を定める規則、第7条の規定による改正前の平川市公の施設の指定管理者の指定等に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の平川市生活保護法施行細則、第9条の規定による改正前の平川市児童福祉法施行細則、第10条の規定による改正前の平川市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の確認等に関する規則、第11条の規定による改正前の平川市児童手当事務取扱規則、第12条の規定による改正前の平川市子ども手当事務取扱規則、第13条の規定による改正前の平川市子ども医療費給付条例施行規則、第14条の規定による改正前の平川市ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則、第15条の規定による改正前の平川市母子保健法施行細則、第16条の規定による改正前の平川市出産祝金条例施行規則、第17条の規定による改正前の平川市母子生活支援施設入所規則、第18条の規定による改正前の平川市助産施設入所規則、第19条の規定による改正前の平川市老人福祉法施行細則、第20条の規定による改正前の平川市身体障害者福祉法施行細則、第21条の規定による改正前の平川市知的障害者福祉法施行細則、第22条の規定による改正前の平川市重度心身障害者医療費助成条例施行規則、第23条の規定による改正前の平川市介護保険条例施行規則、第24条の規定による改正前の平川市環境保全条例施行規則、第25条の規定による改正前の平川市法定外公共物管理条例施行規則及び第26条の規定による改正前の平川市営住宅管理条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則 (平成29年11月10日規則第27号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

※受付	※受給資格	※ 受 給 者 証											
	有・無	公費負担者番号	8	0	0	2	0	7	2	0	発行	平成 年 月 日	
		受給者番号											
重度心身障害者医療費受給者証等（交付・更新）申請書													
申請者	住所	(TEL)											
	氏名								男・女	年 月 日			
	職業												
障害者	住所												
	氏名								男・女	年 月 日			
	個人番号												
医療保険	被保険者証		被保険者又は組合員の氏名							附加給付			
	記号										有・無		
	番号												
	保険者	所在地											
名称													
世帯員	氏名	続柄	個人番号			氏名	続柄	個人番号					
<p>上記のとおり、重度心身障害者医療費の助成を受けたいので受給者証（決定通知書）の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>平 川 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>													

(注) 1 各医療保険の被保険者証、身体障害者手帳、愛護手帳又は精神障害者保健福祉手帳、前年の所得状況が明らかになる書類を添付してください。

2 ※印欄は、記入しないでください。

様式第2号の1(第3条関係)

(表)

㊦ 重度心身障害者医療費受給者証	
公費負担者番号	8 0 0 2
受給者番号	
受給者住所	
受給者氏名	男・女
受給者生年月日	
被保険者(世帯主)氏名	受給者との続柄
一部負担金の割合	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名及び印	
交付年月日	

(裏)

注 意 事 項	
1	この証は、あなたが医療費の助成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	診療等を受けるときは、医療保険証とともに医療機関の窓口に表示してください。
3	「一部負担金の割合」が1割と記載されている場合は、医療機関等の窓口で一部負担金(1割)を支払ってください。
4	次の場合は必ず届け出てください。 (1) 住所を変更したとき。 (2) 氏名を変更したとき。 (3) 加入医療保険に変更があったとき。
5	この証を破損したり、なくしたりしたときは、再発行を受けてください。
6	受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。

様式第2号の2(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者決定通知書
(償 還 払 用)

あなたは、 年 月 日から 年 月 日までに、重度心身障害者
医療費助成の対象者となりましたので通知します。

年 月 日

平川市長



受 給 者 番 号							
受 給 者	住 所						
	氏 名					男・女	
	生 年 月 日	年 月 日					
被 保 険 者 (世 帯 主) 氏 名					受 給 者 と の 続 柄		
一 部 負 担 金 の 割 合							

(注 意 事 項)

- この決定通知書は、あなたが医療費の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。
- あなたに対する医療費の助成は償還払ですので、一旦病院等の窓口で一部負担金を支払い、後日平川市役所で還付を受けてください。
なお、「一部負担金の割合」が1割と記載されている場合は、高齢者の医療の確保に関する法律に規定する一部負担金を差し引いた額が助成されます。
- 医療費の還付を受けるには、このほかに医療費支給申請書が必要です。
- 次の場合は、必ず届け出てください。
 - 住所を変更したとき。
 - 氏名を変更したとき。
 - 加入医療保険に変更があったとき。
- この証を破損したり、なくしたりしたときは、再交付を受けてください。
- 受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。
- 有効期限が切れる前に、更新手続きをとってください。
- 診療を受けた翌月から起算して2年以内に還付申請をしなければ無効になります。

様式第3号(第5条関係)

重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書

年 月 日

平川市長 様

住 所
申請者
ふりがな
氏 名

次のとおり、重度心身障害者医療費受給者証(決定通知書)の再交付を申請します。

受給者氏名	受給者番号
再交付の理由	(1) 受給者証(決定通知書)をなくしたため (2) 受給者証(決定通知書)の汚損、破損が著しく使用不可能なため (3) その他 ()

- (注) 1 理由欄該当数字を○で囲んでください。
2 (2)、(3)については、必ず受給者証を添付してください。

様式第4号(第6条関係)

(表)

(裏面参照のこと)

重度心身障害者医療費支給申請書 平川市長 様 住所 平川市 申請者 氏名										年	月	日		
受給者記入欄	受給者証	公費負担番号	8	0	0	2					加入者保険	記号		
		受給者番号									番号			
	受給者	氏名									保険者名			
		生年月日	年 月 日								付加給付金額	有 無 有 ・ 無		
		同一月内における世帯員の受領の有無	有 無	受給者氏名								一部負担金額	円	高額療養費の額
保険医療機関等記入欄		過去1年間における高額療養費支給回数	回	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 申請者氏名										
		年月日から 年月日まで	分											
		医療費総額(保険診療対象分)	外 来	円	保 険 診 療 に よ る	円	入 院	円	一 部 負 担 金	円				
		訪問看護療養費の総利用額(保険対象分のみ)	円	回	数	回	基 本 利 用 料	円						
		年月日 保険医療機関等所在地 名称 代表者												
保険薬局記入欄		年月日	処方箋受付回数	回	一部負担金額(保険対象分のみ)	円								
		診療報酬点数	点											
		年月日 保険薬局所在地 名称 代表者												
市町村記入欄		一部負担額 A	控除額付加給付 B	支給額 A-B	備考									
		円	円	円										
		市町村民税課税対象者の控除算定欄												
	高額療養費の世帯合算・付加給付額算定欄													

(裏)

重度心身障害者医療費支給申請の注意事項

- 1 同一月内に同一被保険者証の被保険者及び被保険者の自己負担額の合算額が一定額以上を超え高額療養費が支給される場合は、被保険者証、同一世帯員の領収書及び高額療養費支払通知書を添付してください。
- 2 過去1年間に同一被保険者証の被保険者又は被扶養者で、高額療養費の該当回数が4回以上あった場合は、4回目以降は、被保険者証及び支払通知を添付してください。
- 3 院外処方による調剤の場合には、保険薬局から証明してもらってください。
- 4 偽りその他不正行為により医療費の支給を受けた場合は、支給を受けた額の全部又は一部を返還していただくことがあります。

様式第5号(第8条関係)

重度心身障害者医療費助成額決定通知書

年 月 日

様

平川市長



年 月 日付で申請のありました重度心身障害者医療費について、審査の結果、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1 承認

助成の額 円(ただし 年 月分)

支払期日 月 日

上記のとおり承認しました。

窓口払いの方は受給者証(又は受給者決定通知書)及び印鑑を持参し、午前 時から午後 時まで平川市役所 課へおいでください。

2 不承認

理 由

教示

この処分について不服があるときは、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箇月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、提起することができます。

ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求を行った場合には、処分の取消しの訴えは、その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箇月以内に提起しなければならないこととされています。

様式第6号(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届

年 月 日

平川市長 様

住 所
申請者

ふりがな
氏 名



次のとおり、重度心身障害者医療費受給に関し交付申請及び受給者証(受給者決定通知書)の内容に変更がありましたので届けます。

受給者氏名			受給者番号	
変更の内容	(1) 住 所 (2) 氏 名 (3) 障害の程度			
	(4) 対象者が加入している国民健康保険、社会保険の被保険者又は組合員			
	(5) 対象者が加入している社会保険の保険者並びにその所在地及び名称			
	変更前			
	変更後			
変更年月日				

- (注) 1 変更の内容欄の該当する事項を○で囲んでください。
2 受給者証(受給者決定通知書)を添付してください。

様式第7号(第7条関係)

支 給 決 裁 欄				
支 給 額		課 長	係 長	係 員

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書
(年 月 日診療分)

①	被保険者証の 記号番号		②	療養を受けた被保 険者氏名、生年月 日	年 月 日生
③	傷 病 名				
④	療養を受けた病院 診療所、薬局等の 名称及び所在地	名 称			
		所在地			
⑤	④の病院等で療養を受けた期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	⑥	⑤の期間に受 けた療養に対 し医療機関に 支払った額	
⑦	振込銀行名及び口座番号	銀行	本 店 支 店	第 号	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

世帯主

氏 名

㊦

保険者 様

上記申請の高額療養費の受領方を下記の者に委任します。

年 月 日

住 所

世帯主

氏 名

㊦

住 所

受任者

氏 名

㊦

保険者 様

様式第7号の2(第7条関係)

委 任 状

私は、 年 月 日に支給申請する高額介護合算療養費のうち、青森県重度心身障害者医療費助成事業の対象者に係る分の受領方を下記の者に委任します。

年 月 日

住所
申請者
氏名 ㊟

住所
受任者
氏名 ㊟

保険者 様

様式第8号(第7条関係)

高額療養費給付額調書

被保険者 記号番号	医 療 機 関 名	受療者 氏 名	診 療 月	高額療養 費給付額 ア	対象者の 一部負担額 イ	世 帯 の 状 況		備 考 (算定内容) エ
						受療者 氏 名 ウ	一部負担額	

上記のとおりです。

年 月 日

保険者



平川市長 様

(注) 1 市長は、高額療養費給付額欄を除き記入すること。

2 保険者は、高額療養費給付額欄に記入の上市長に送付すること。

なお、世帯合算による高額療養費支給の場合のみイ欄以降を記入すること。その際の算定方法は次によること。

(エ欄に記入すること。なお、円未満は切捨てとする。)

$ア = \frac{イ}{イ + ウ} \times (イ + ウ - 72,300円(低所得者35,400円))$

3 2部提出すること。

様式第9号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付台帳

受給者番号	申請受付年月日	交付(更新)年月日	有効期間	受給者氏名(生年月日)	年齢	住所	手帳の種別・等級					医療保険内容					市民税課税状況	備考 (資格喪失・所得制限該当の場合、年月日・理由)	
							身障			愛護	精神	保険の種類	記号番号	保険者名	被保険者名	附加給付			
							1	2	3	A	1					有・無			金額
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															
			・・・から ・・・まで	(・・・)															

様式第1号（第3条関係）

様式第2号の1（第3条関係）

様式第2号の2（第3条関係）

様式第3号（第5条関係）

様式第4号（第6条関係）

様式第5号（第8条関係）

様式第6号（第9条関係）

様式第7号（第7条関係）

様式第7号の2（第7条関係）

様式第8号（第7条関係）

様式第9号（第3条関係）