

○五條市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則

平成27年12月28日

規則第36号

改正 平成28年3月31日規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、五條市重度心身障害老人等医療費助成条例(平成27年12月五條市条例第40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。

(交付申請)

第2条 条例第3条の規定により助成金の交付を受けようとする者(以下「対象者」という。)は、重度心身障害老人等医療費助成交付(更新)申請書・重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に条例第2条第1号又は第2号に該当することを明らかにする書類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)(以下「高齢者医療確保法」という。)に基づく被保険者証及び身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添えて市長に申請しなければならない。

(交付決定)

第3条 申請書を受理した市長は、申請者が条例第2条に規定する要件に該当すると認めるときは、交付の決定をするものとし、当該要件に該当しないと認めるときは、その理由を付し、重度心身障害老人等医療費助成交付申請却下通知書(様式第2号)を交付するものとする。

2 市長は、前条に規定する申請書の提出がない場合においても、条例第2条に規定する医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、交付の決定をするものとする。

3 市長は、この規則の規定により申請書に添えなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって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。

(市長が定める助成金控除額)

第4条 条例第3条第4号に規定する額は、病院若しくは診療所等(保険薬局を除く。)の診療報酬明細書(訪問看護療養費明細書を含む。)又は高齢者医療確保法に定める療養費支給申請書ごとに次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 外来療養である場合 500円

(2) 入院療養である場合 1,000円(ただし、14日未満の入院療養である場合は、500円とする。)

(更新申請等)

第5条 対象者は、毎年6月1日から同月30日までの間に、申請書に条例第2条第1号又は第2号に該当することを明らかにする書類、高齢者医療確保法に基づく被保険者証及び身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添え、これを市長に提出して更新を申請することができる。

2 第3条の規定は、前項の規定による更新申請があつた場合について準用する。

(支給方法)

第6条 条例第3条の規定により助成金の支給を受けようとする者は、申請書又は重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書(様式第3号。以下「請求書」という。)に領収書その他の自己負担金を医療機関等で支払つたことが明らかとなるものを添えて、市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、奈良県後期高齢者医療広域連合から市長に当該診療に係る自己負担金その他助成金の算定に必要な事項の通知があつたときは、対象者から市長に前項の規定による請求書の提出があつたものとみなす。

(助成金の交付)

第7条 市長は、前条の規定による請求書の提出があつたときは、その内容を審査の上、適当と認めるときは助成金を交付するものとする。

(届出)

第8条 条例第4条に規定する規則で定める事由は、次の各号に掲げるものとし、対象者は、第1号及び第3号から第5号までの事由が生じた場合にあつては重度心身障害老人等医療費助成変更届(様式第4号)により、第2号の事由が生じた場合にあつては所得状況変更届(様式第5号)により市長に届け出なければならない。

- (1) 対象者が住所又は氏名を変更したとき。
- (2) 条例第2条に規定する者に所得状況の変更があつたとき。
- (3) 条例第2条に規定する者に該当しなくなったとき。
- (4) 対象者が死亡したとき。
- (5) 申請書に記載した口座を変更したとき。

(受給資格登録の停止)

第9条 市長は条例第7条に該当する者であることを確認したときは、受給資格登録停止通知書(様式第6号)を交付することができる。

2 市長は前項により通知を受けた者が同条に該当しなくなったことを確認したときは、受

給資格登録停止解除通知書(様式第7号)を交付しなければならない。

(受給者台帳の整備)

第10条 市長は、対象者について重度心身障害老人等医療費受給者台帳(様式第8号)を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない。

(その他)

第11条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年規則第25号)

(施行期日)

第1条 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

(五條市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則の一部改正に伴う経過措置)

第2条 この規則の施行の際、この規則による改正前の五條市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則の様式による用紙で、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。

様式第1号(第2条、第5条関係)

重度心身障害老人等医療費助成交付(更新)申請書・ 重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書				
対 象 者	ふりがな		居住地(住所)	
	氏名		五條市	
	生年月日		電話( )	
	個人番号( )			
加入 医療 保険	被保険者氏名	対 象 者 との続柄	住 所	
	保 険 種 別	本人 家族	被保険者 番 号	
	保 険 者 番 号 及 び 名 称			
交付申請 事 由	1 心身障害者になったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため (重度心身障害者のみ) ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲み <input type="checkbox"/> 枠内を記入して下さい。			
	4 その他( ) 【手帳種別 級別】 (交付事由発生年月日) 年 月 日 1 配偶者のいない女子又は男子で現に児童を扶養している。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入) 2 父母のいない児童を養育している配偶者のいない女子 若しくは男子、又は婚姻をしたことのない女子若しくは男子である。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)			
所 得 状 況		助 成 対 象 者	配 偶 者 及 び 扶 養 義 務 者	
氏 名		/		
個 人 番 号		/		
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数))		( ) 人	( ) 人	( ) 人
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	円	円
※ 審 査		認	定	却 下
※は記入しないでください。 上記のとおり重度心身障害老人等医療費の交付及び重度心身障害老人等医療費助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 五條市 氏名 印				
金融機関名	銀行・信用金庫 ・農業協同組合		支店名	本店・支店 出張所・代理店
口座番号	普通 当座		フリガナ 口座名義人	
※以下は申請者以外の口座に振り込みを希望される場合にご記入ください。 (委任状) 私は _____ を代理人と定め、重度心身障害老人等医療費助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者 氏名 _____ 印 代理人 住所 _____ 氏名 _____ 印				
		受給者番号		

様式第2号(第3条関係)

重度心身障害老人等医療費助成交付申請却下通知書

第 号  
年 月 日

殿

五條市長 印

年 月 日付で申請のあった重度心身障害老人等医療費助成  
交付申請については、下記の理由により申請を却下しましたので通知します。

(理由)

- 1 この処分について不服がある場合は、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か月以内に五條市長に対して審査請求をすることができます。  
なお、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることが認められる場合があります。
- 2 この処分については、この処分(審査請求をした場合には、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か月以内に五條市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。(訴訟において五條市を代表する者は五條市長となります。)  
なお、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その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年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その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年を経過した場合であっても処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第3号(第6条関係)

<p>重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書</p>					
<p>年 月 日</p>					
<p>五 條 市 長 殿</p>			<p>(申請者)住所 五 條 市</p>		
<p>金 円</p>			<p>氏 名 印</p>		
<p>ただし、</p>			<p>年 月 日 電話 ( — )</p>		
<p>た だ し、 年 月 分 医 療 費 助 成 金 を 上 記 の と お り 交 付 さ れ る よ う 請 求 し ま す。</p>					
<p>受 給 者 番 号</p>		<p>受 給 者</p>		<p>年 月 日 生</p>	
<p>加入医療保険名称</p>		<p>加 入 医 療 保 険 被 保 険 者 番 号</p>			
<p>なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。</p>					
振込口座	銀行	種別	普通口座	フリガナ	
	農協	店	当座	名 義	
<p>【 医 療 状 況 書 】 ■ 年 月 分</p>					
医 療 機 関 等 記 入 欄	入 院	<p>入院日数： 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )</p>			
		<p>総 点 数 A</p>		<p>自 己 負 担 額 B</p>	
	外 来	<p>通院日数： 日</p>			
		<p>総 点 数 A</p>		<p>自 己 負 担 額 B</p>	
<p>医療機関コード</p>					
<p>上記のとおり診療し、自己負担額を徴収しました。</p>					
<p>所在地</p>			<p>印</p>		
<p>医療機関等 名 称</p>			<p>氏 名</p>		
<p>* 確 認 欄</p>					
<p>保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)</p>			<p>付加給付の 有( )・無( )</p>		
<p>高額療養費の有無 (限度額 )</p>			<p>所得区分(一般・低Ⅰ・低Ⅱ)</p>		
* 決 定	<p>係</p>				
	<p>自 己 ( 円 ) - 付 加 給 付 額 ( 円 ) - 一 部 負 担 金 ( 円 ) = 支 給 額</p>				
<p>負 担 額 高 額 医 療 費 ( 円 ) 相 当 額</p>					<p>円</p>

\*欄は記入しないで下さい。

様式第4号（第8条関係）

重度心身障害老人等医療費助成変更届

年 月 日

五條市長 殿

届出者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり届け出ます。

対象者氏名			生年月日	年 月 日				
1 氏名変更	新							
	旧							
2 住所変更	新							
	旧							
3 加入医療 保険変更	新	被保険者 番 号						
		被保険者 氏 名						
		保 険 者 番 号	保 険 者 名					
	旧	保 険 者 名						
4 口座変更	新	金融機関名	支店名	種別	口座名義人			
		銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	(7桁)			
					口座 番号			
	旧	金融機関名	支店名	口座名義人				
		銀行	本店					
		農協	支店					
		信用金庫	出張所					
5 資格喪失	理由	死亡 ・ 転出 ・ 生活保護 ・ その他 ( )						
変更・喪失 年 月 日	年 月 日							

様式第5号(第8条関係)

所得状況変更届  
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

五條市長 殿

届出者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり所得状況に変更を生じましたので届けます。

所得状況		① 助成対象者	② 配偶者及び扶養義務者	
氏名				
③	控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳移住夫19歳未満の者の合計数))	( ) 人	( ) 人	( ) 人
④	(ひとり親家庭等の者で該当する場合のみ記入) ③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童	人	人	人
⑤	所得額	円	円	円
⑥	金品等の額	円	円	円
⑦ 控 除	雑損	円	円	円
	医療費	円	円	円
	社会保険料	円	円	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別	円	円	円
	障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円
障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円	障・特障・寡婦(夫)寡特・勤 ※ 円	障・特障・寡婦(夫)寡特・勤 ※ 円	
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円	
※ 控除後の所得額	円	円	円	
※ 審査		認定・却下		
(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。				



様式第6号(第9条関係)

受給資格登録停止通知書

第 号  
年 月 日

殿

五條市長 印

五條市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則第3条に基づき、  
年 月 日付けで交付の決定を通知した重度心身障害老人等医療費受給資格について、下記のとおり登録を停止するので通知します。

記

受給者	
受給資格登録停止事由	
受給資格登録停止期間	年 月 日から 上記事項が解消されるまで

- この処分について不服がある場合は、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か月以内に五條市長に対して審査請求をすることができます。  
なお、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることが認められる場合があります。
- この処分については、この処分(審査請求をした場合には、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か月以内に五條市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。(訴訟において五條市を代表する者は五條市長となります。)  
なお、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その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年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その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年を経過した場合であっても処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第7号(第9条関係)

受給資格登録停止解除通知書

第 号  
年 月 日

殿

五條市長 印

年 月 日付で登録を停止した重度心身障害老人等医療費受給資格登録について、  
年 月 日付で登録の停止を解除いたしますので通知します。

様式第8号(第10条関係)

重度心身障害老人等医療費受給者台帳

受給者番号		資格取得日	年 月 日	理由	資格喪失日	理由	
受給者	フリガナ	住所	( . . 変更)		障害の状況	程度(級別)	県 級 第 種
	氏名					手帳番号	年 月 日 発行 号
扶養義務者	フリガナ	続柄	( . . 変更)		障害の状況	障害名	
	氏名	住所				程度	第 種
高額療養費代理受領 委任状の有無	フリガナ	続柄	( . . 変更)		障害の状況	手帳番号	年 月 日 発行 号
	氏名	住所				程度(級別)	級 第 種
						手帳番号	年 月 日 発行 号
加入医療保険	被保険者住所	住所	保険者番号	名称			
	被保険者氏名	氏名	被保険者番号	変更日			
	受給者との続柄	所在地	所在地	所在地	保険種別		
加入医療保険	被保険者住所	住所	保険者番号	名称			
	被保険者氏名	氏名	被保険者番号	変更日			
	受給者との続柄	所在地	所在地	所在地	保険種別		
加入医療保険	被保険者住所	住所	保険者番号	名称			
	被保険者氏名	氏名	被保険者番号	変更日			
	受給者との続柄	所在地	所在地	所在地	保険種別		
備考							

様式第1号(第2条、第5条関係)

様式第2号(第3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8条関係)

様式第6号(第9条関係)

様式第7号(第9条関係)

様式第8号(第10条関係)