

○一宮町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則

平成27年7月1日

規則第16号

改正 平成27年12月28日規則第24号

平成28年3月31日規則第9号

一宮町重度心身障害者の医療費支給に関する条例施行規則の全部を改正する規則をここに公布する。

(目的)

第1条 この規則は、一宮町重度心身障害者の医療費助成に関する条例（平成27年一宮町条例第18号。以下「条例」という。）第12条の規定に基づき、条例の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(受給券の交付申請)

第2条 医療費助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請書（別記第1号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。ただし、申請者の同意のもとに町長が確認することができるときは、書類の添付を省略することができる。

- (1) 医療保険各法による被保険者又は被扶養者であることを証する書類
- (2) 身体障害者手帳又は療育手帳
- (3) 申請者及び基準世帯員である者の市町村民税の課税状況を証する書類

(受給券の交付等)

第3条 町長は、前条の規定による申請を受理したときは、その適否を審査し、条例第3条に規定する受給権者（以下「受給権者」という。）であると認めるときは、重度心身障害者（児）医療費助成受給券（別記第2号様式）（以下「受給券」という。）を交付するものとする。また、審査の結果、不相当と認められた場合は重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請却下通知書（別記第3号様式）により、当該申請者にその旨を通知するものとする。

2 前項の受給券の有効期間は、申請日の属する月の翌月1日（更新の場合は、毎年8月1日）から当該日以後の最初の7月31日までとする。

(受給券の更新)

第4条 受給券の更新申請をする者は、前条に規定する有効期間が満了する前に重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請書（別記第4号様式）に第2条第1号から第3号に規定する書類を添付して町長に提出して受給券の更新を申請することができる。ただし、申請者の同意のもとに町長が確認することができるときは、書類の添付を省略することができる。

2 町長は、前項の規定による申請を受理したときは、その適否を審査し、受給権者であると認めたときは、受給券を交付するものとする。また、審査の結果、不相当と認めた場合は重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請却下通知書（別記第5号様式）により、当該申請者にその旨を通知するものとする。

（受給券の再交付申請）

第5条 受給権者は、受給券を汚損し、又は紛失したときは、重度心身障害者（児）医療費助成受給券再交付申請書（別記第6号様式）により、町長に申請して再交付を受けることができる。

（助成の申請）

第6条 条例第7条第1項ただし書の規定により助成を受けようとする者は、重度心身障害者（児）医療費支給申請書（別記第7号様式）に領収書を添付して、医療の給付を受けた日の翌日から起算して2年以内に町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を重度心身障害者（児）医療費助成決定（却下）通知書（別記第8号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（届出の義務）

第7条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、重度心身障害者（児）医療費助成受給資格変更（失権）届（別記第9号様式）に受給券を添付して町長に届け出なければならない。

- (1) 住所又は氏名に変更があったとき。
- (2) 加入する医療保険に変更があったとき。
- (3) 死亡したとき。
- (4) 転出したとき。
- (5) その他受給資格を喪失したとき。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成27年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の規定は、平成27年8月1日以後に受けた医療の給付に係る助成について適用し、同日以前に受けた医療の給付に係る助成については、なお従前の例による。

附 則 (平成27年12月28日規則第24号) 抄

(施行期日)

- 1 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31日規則第9号)

(施行期日)

- 1 この規則は、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の施行の日(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っ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1条の規定による改正前の一宮町情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の一宮町個人情報保護条例施行規則、第3条の規定による改正前の一宮町税条例施行規則、第4条の規定による改正前の一宮町国民健康保険税減免取扱規則、第5条の規定による改正前の一宮町一時保育事業実施規則、第6条の規定による改正前の一宮町子ども・子育て支援法施行細則、第7条の規定による改正前の一宮町保育の利用に関する規則、第8条の規定による改正前の一宮町立保育所の延長保育の実施に関する規則、第9条の規定による改正前の一宮町子ども医療費助成事業に関する規則、第10条の規定による改正前の一宮町高校生等医療費の助成に関する規則、第11条の規定による改正前の一宮町児童手当事務取扱規則、第12条の規定による改正前の老人福祉法施行細則、第13条の規定による改正前の老人福祉法第11条の規定による措置に要する費用の徴収に関する規則、第14条の規定による改正前の一宮町福祉団体等施設利用助成金交付規則、第15条の規定による改正前の一宮町重度心身障害者医療費支給に関する

条例施行規則、第16条の規定による改正前の一宮町知的障害者福祉法施行細則、第17条の規定による改正前の一宮町自立支援医療費（育成医療）の支給認定に関する規則、第18条の規定による改正前の一宮町地域生活支援事業実施規則、第19条の規定による改正前の一宮町補装具費の支給に関する規則、第20条の規定による改正前の一宮町コミュニケーション支援事業実施規則、第21条の規定による改正前の一宮町移動支援事業実施規則、第22条の規定による改正前の一宮町日常生活用具給付事業実施規則、第23条の規定による改正前の一宮町地域活動支援センター等利用事業実施規則、第24条の規定による改正前の一宮町訪問入浴サービス事業実施規則、第25条の規定による改正前の一宮町更生訓練費支給事業実施規則、第26条の規定による改正前の一宮町知的障害者職親委託制度事業実施規則、第27条の規定による改正前の一宮町障害者自動車運転免許取得費助成事業実施規則、第28条の規定による改正前の一宮町身体障害者用自動車改造費助成事業実施規則、第29条の規定による改正前の一宮町日中一時支援事業実施規則、第30条の規定による改正前の一宮町空き缶等の散乱及びポイ捨て防止に関する条例施行規則、第31条の規定による改正前の一宮町低体重児の届出及び養育医療の給付等に関する規則、第32条の規定による改正前の一宮町介護保険条例施行規則、第33条の規定による改正前の一宮町指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則、第34条の規定による改正前の一宮町後期高齢者医療に関する条例施行規則及び第35条の規定による改正前の一宮町海岸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。

別記第1号様式（第2条関係）

重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

重度心身障害者（児）医療費助成受給券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

受給資格者	氏名											男・女
	個人番号											
	生年月日	年		月		日						
	身体障害者	手帳番号	障害等級		手帳交付年月日							
		第 号	種 級		年		月		日			
知的障害者	手帳番号	障害程度		手帳交付年月日								
	第 号			年		月		日				
加入健康保険	保険種別	国保・協会・組合・共済・後期高齢・その他（ ）										
	記号番号											本人・家族
	資格取得日	年		月		日						
	保険者名											
	被保険者氏名											続柄（ ）
同一保険加入者	氏名	生年月日	続柄	個人番号								

同意書

一宮町重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請に当たり、私及び私と同一の医療保険に加入している世帯員に係る一宮町保有の町民税等の課税状況及び保険の資格、給付状況等を調査すること並びに加入保険者への情報を提供することに同意します。

また、高額療養費制度の該当となった場合、医療重複額についての調整に関する一切の手続きを一宮町長に委任することに同意します。

氏名 印

別記第2号様式(第3条関係)

(表)

重度心身障害者(児)医療費助成受給券										
公費負担者番号										
受給者番号										
対象者	住所									
	氏名								男・女	
	生年月日	年	月	日						
有効期間		年	月	日	～	年	月	日		
自己負担金	通院									
	入院									
	保険調剤									
	入院時 食事療養費									
	一宮町長									

(裏)

注意事項

- 1 受診の際は、本券と被保険者証等を医療機関(保険調剤薬局、接骨院等を含む)に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担金を一旦支払い、その後に町の窓口で償還の手続きをしてください。後日、町から助成額をお支払いいたします。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1ヶ月に自己負担額が $(80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%)$ を超える場合は、超えた額について医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
- 4 更生医療、育成医療等、他の医療給付の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、本券を使用することができません。
- 6 次のような変更があった場合は、すみやかに町に届け出てください。
 - (1) 一宮町から転出するとき。(本券を返納)
転出後は本券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険が変更になったとき。(新しい被保険者証等の写しを添付)
 - (3) 住所を変更したとき。
 - (4) 氏名を変更したとき。
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(変更事項を証明する書類を添付)
- 7 有効期間が過ぎた場合は、本券を町に返納してください。
- 8 受給資格が無い方が本制度による助成を受けた場合又は町による過払いが生じた場合には、返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先 一宮町福祉健康課 電話0475-42-1431

別記第3号様式(第3条関係)

第 号
年 月 日

様

一宮町長

重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請された重度心身障害者（児）医療費助成受給券交付申請については、下記の理由により却下します。

記

1 却下理由

(教示)

- 1 この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面をもって一宮町長に審査請求をすることができます。
- 2 決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）、提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

別記第4号様式（第4条関係）

重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

重度心身障害者（児）医療費助成受給券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

資格者 受給	氏名				男・女
	生年月日	年 月 日			
加入健康保険	保険種別	国保・協会・組合・共済・後期高齢・その他（ ）			
	記号番号				本人・家族
	資格取得日	年 月 日			
	保険者名				
	被保険者氏名	続柄（ ）			
同一保険加入者	氏名	生年月日	続柄	市町村民税所得割額	備考
				円	
				円	
				円	

同意書

一宮町重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請に当たり、私及び私と同一の医療保険に加入している世帯員に係る一宮町保有の町民税等の課税状況及び保険の資格、給付状況等を調査すること並びに加入保険者への情報を提供することに同意します。

また、高額療養費制度の該当となった場合、医療重複額についての調整に関する一切の手続きを一宮町長に委任することに同意します。

氏名 印

別記第5号様式(第4条関係)

第 号
年 月 日

様

一宮町長

重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請却下通知書

年 月 日付けで申請された重度心身障害者（児）医療費助成受給券更新申請については、下記の理由により却下します。

記

1 却下理由

(教示)

- 1 この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面をもって一宮町長に審査請求をすることができます。
- 2 決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）、提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

別記第 6 号様式 (第 5 条関係)

重度心身障害者 (児) 医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり、受給券の再交付を申請します。

再交付理由		1 汚損 2 紛失 3 その他()
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

別記第7号様式（第6条関係）

重度心身障害者（児）医療費支給申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話

重度心身障害者（児）医療費の助成を受けたいので、領収書を添えて申請します。

受給資格者 氏名		生年月日	年 月 日
振込先 (前回と同じ場 合は省略可)	金融機関名		支店名等
	口座番号		種目
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 医療内容の明細がわかる領収書を添付する場合は、下記太枠の医療機関の証明は必要
としません。申請できる期間は、病院等に医療費を支払った日の翌日から起算して2
年以内です。

重度心身障害者（児）医療費受領証明書				
氏名		診療月	年 月分	
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者			
診療日数	日 (<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来)			
公費負担額	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険請求総点数	公費負担	一部負担金 (自己負担)	証明手数料	合計
点	点	円	円	円
上記のとおり受領したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関 所在地 名称 代表者氏名				

別記第8号様式(第6条関係)

年 月 日

様

一宮町長

(公印省略)

重度心身障害者医療費助成決定(却下)通知書

一宮町重度心身障害者の医療費支給に関する条例施行規則第6条の規定により、下記のとおり決定(却下)したので通知します。

記

1 決定

- | | |
|----------|-------|
| (1) 診療年月 | 月分 |
| (2) 支給額 | 円 |
| (3) 振込日 | 年 月 日 |

2 却下

理由

(教示)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面をもって一宮町長に審査請求をすることができます。
- 決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

別記第9号様式(第7条関係)

重度心身障害者(児)医療費助成受給資格
変更届
失権

年 月 日

一宮町長 様

届出者

住所

氏名

印

下記のとおり届出ます。

受給資格者名		受給者 番号	
氏名変更	新		
	旧		
住所変更	新		
	旧		
加入医療保険 変更	新(名称)	(記号番号)	
	旧(名称)	(記号番号)	
受給資格喪失	理由	死亡・転出・その他()	
	期日	年 月 日	
備考			

別記第1号様式 (第2条関係)

別記第2号様式 (第3条関係)

別記第3号様式 (第3条関係)

別記第4号様式 (第4条関係)

別記第5号様式 (第4条関係)

別記第6号様式 (第5条関係)

別記第7号様式 (第6条関係)

別記第8号様式 (第6条関係)

別記第9号様式 (第7条関係)