○志免町重度障害者医療費の支給に関する条例

昭和49年9月30日
志免町条例第114号
改正　昭和50年10月4日
昭和52年6月30日
昭和57年12月24日条例第26号
昭和60年3月30日条例第10号
平成元年12月21日条例第29号
平成5年3月29日条例第6号
平成8年12月20日条例第18号
平成9年6月27日条例第16号
平成11年3月17日条例第8号
平成12年12月26日条例第40号
平成13年7月1日条例第19号
平成18年3月27日条例第14号
平成18年9月26日条例第34号
平成20年3月27日条例第9号
平成20年8月1日条例第17号
(題名改称)
平成23年12月18日条例第26号
平成24年9月26日条例第14号
平成24年12月18日条例第16号
平成25年12月17日条例第32号
平成26年10月1日条例第15号
平成27年3月20日条例第11号

(目的)

第1条　この条例は、重度障害者の医療費の一部をその者又はその保護者に支給することにより、もってこれらの者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(改正(平20条例第17号))

(定義)

第2条　この条例において「重度障害者」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

(1)　児童福祉法(昭和22年法律第164号)第11条第1項第2号ハ及び知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第11条第1項第2号ハの規定により重度の知的障害者と判定されたもの

(2)　身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者で、その障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める身体障害者障害程度等級表の1級又は2級に該当するもの

(3)　児童福祉法第11条第1項第2号ハ及び知的障害者福祉法第11条第1項第2号ハの規定により中等度の知的障害者と判定され、かつ、前号に規定する身体障害者障害程度等級表の3級に該当するもの

(4)　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条第2項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者で、その障害の程度が精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準(平成7年9月12日健医発1133号厚生省保健医療局長通知別紙)の1級に該当するもの

2　この条例において「保護者」とは、志免町の区域内に住所を有する配偶者、親権を行う者、後見人その他の者で、重度障害者を現に監護するものをいう。

3　この条例において「医療保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

(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)　国民健康保険法(昭和33年法律第192号)

(6)　地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(7)　高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

4　この条例において「医療保険各法の保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府、健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、共済組合、日本私立学校新興・共済事業団又は後期高齢者医療広域連合をいう。

5　この条例において「65歳未満の者」とは、65歳に達する日の属する月の末日までの者をいう。

6　この条例において「65歳以上の者」とは、65歳に達する日の属する月の末日を経過した者をいう。

7　この条例において「低所得者」とは、医療保険各法の規定により、医療保険各法の保険

者が現に低所得者と認定した者をいう。

(改正(平25条例第32号))

(対象者)

第3条　この条例の対象者は、次の各号に該当する重度障害者とする。

(1)　志免町の区域内に住所を有する者であること。

(2)　医療保険各法の規定による被保険者、組合員若しくは加入者(以下「被保険者等」という。)又は被扶養者であること。ただし、65歳以上の者は、高齢者の医療の確保に関する法律第50条各号に規定する被保険者であること。

2　前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は対象者から除くものとする。

(1)　生活保護法(昭和25年法律第144号)により保護を受けている者

(2)　中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)により医療支援給付を受けている者

(3)　志免町乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例(昭和49年志免町条例第113号)に規定する乳幼児・子ども医療の適用を受けることができる乳幼児

(改正(平26条例第15号))

(重度障害者医療費の支給)

第4条　志免町は、重度障害者の疾病又は負傷について、医療保険各法の規定による療養に関する給付が行われた場合において、当該療養に要する費用の額(以下「医療費」という。)のうち医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う医療保険各法の保険者が負担すべき額(国又は地方公共団体が別に負担する額がある場合は、これを加えて得た額)が当該医療費の額に満たないときは、その満たない額に相当する額(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。以下「自己負担分相当額」という。)を、当該重度障害者又はその保護者に対し、重度障害者医療費として支給する。ただし、当該重度障害者医療費のうち、医療機関(薬局を除く。)ごとに次の各号に規定する額については支給しない。

(1)　入院の場合　1日につき500円とし、1月につき5,000円を限度とする。ただし、低所得者は、1日につき300円とし、1月につき3,000円を限度とする。

(2)　前号に規定するもの以外の場合　1月につき500円(ただし、自己負担分相当額が500円に満たない額のときは、当該額とする。)

2　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う場合は、歯科診療と歯科診療以外の診療

は別の医療機関とみなす。

3　第1項の規定にかかわらず、第2条第1項第4号に規定する者の医療費のうち、精神病床への入院医療に係る費用については、重度障害者医療費は支給しない。

4　第1項の医療費の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法及び後期高齢者医療制度の療養に要する費用の額の算定に関する基準の例により算定するものとし、現に要した費用の額を超えないものとする。

(追加(平20条例第17号))

(受給資格の申請及び認定)

第5条　重度障害者医療費の支給を受けようとする者は、規則の定めるところにより、あらかじめ、町長に対し申請をし、重度障害者医療費の受給資格の認定を受けなければならない。

2　町長は、前項の申請に基づき、受給資格の認定を行うものとする。

(改正、繰下げ(平20条例第17号))

(重度障害者医療証の交付)

第6条　町長は、前条の規定に基づき認定を受けた者(以下「受給資格者」という。)に対し、規則の定めるところにより重度障害者医療証を交付するものとする。

2　町長は、医療保険各法の保険者が負担すべき額とこの条例による重度障害者医療費が重複して支給されるおそれがあるときは、前項の規定にかかわらず、重度障害者医療証を交付しないものとする。

(繰下げ(平20条例第17号))

(重度障害者医療証の提出)

第7条　重度障害者が規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション(以下「保険医療機関等」という。)において医療及び老人訪問看護を受けようとするときは、受給資格者は、当該保険医療機関等に重度障害者医療証を提出するものとする。

(繰下げ(平20条例第17号))

(支給の方法)

第8条　町長は、重度障害者医療費として支給すべき費用を保険医療機関等の請求に基づき、受給資格者に代わり当該保険医療機関等に支払うものとする。

2　前項の規定による支払があったときは、受給資格者に対し重度障害者医療費の支給があったものとみなす。

3　町長は、重度障害者が受けた医療について医療保険各法による療養費の支給がなされた

ときその他町長が第1項の方法により難いと認めたときは、第1項の規定にかかわらず、受給資格者に対し、重度障害者医療費を支給することができる。

(繰下げ(平20条例第17号))

(届出義務)

第9条　受給資格者は、重度障害者について住所、氏名その他の規則で定める事項に変更があったときは、速やかに、町長に届け出なければならない。

(繰下げ(平20条例第17号))

(損害賠償との調整)

第10条　町長は、重度障害者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、重度障害者医療費の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した重度障害者医療費の額に相当する金額を返還させることができる。

(繰下げ(平20条例第17号))

(不正利得等の返還)

第11条　町長は、偽りその他不正の手段により、重度障害者医療費の支給を受けた者があるときは、その者から、その支給を受けた額に相当する額の全部又は一部を返還させることができる。

2　町長は、第4条の規定により支給すべき額を超えて支給を受けた者があるときは、その者から当該超える額の全部又は一部を返還させることができる。

(改正(平24条例第14号))

(受給権の保護)

第12条　重度障害者医療費の支給を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(繰下げ(平20条例第17号))

(障害者施設等に入所した場合の特例)

第13条　第3条第1項第1号の規定にかかわらず、志免町の決定により、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第5条第6項に規定する厚生労働省令で定める施設、同条第11項に規定する障害者支援施設、同条第26項に規定する福祉ホーム、同法附則第18条第2項に規定する共同生活援助を行う住居又は独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法(平成14年法律第167号)第11条第1号により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設(以下「障害者施設等」という。)に入所したため、障害者施設等の所在する市町村の区域内へ住所を変

更したと認められる者は、志免町が行う重度障害者医療費の支給対象者とする。

2　第3条第1項第1号の規定にかかわらず、児童福祉法第7条第1項に規定する児童福祉施設のうち、障害児入所施設又は同法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関(以下「障害児施設等」という。)に入所したため、障害児施設等の所在する市町村の区域内へ住所を変更したと認められる者であって、当該障害児施設等に入所した際、志免町の区域内に住所を有していたと認められるものは、志免町が行う重度障害者医療費の支給対象者とする。

(改正(平27条例第11号))

(委任)

第14条　この条例に定めるもののほか、この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

(繰下げ(平20条例第17号))

附　則

この条例は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附　則(昭和50年10月4日)

この条例は、昭和50年10月1日から施行し、同日以降の療養に係る重度心身障害者医療費から適用する。

附　則(昭和52年6月30日)

この条例は、昭和52年7月1日から施行する。

附　則(昭和57年12月24日条例第26号)

この条例は、昭和58年2月1日から施行する。

附　則(昭和60年3月30日条例第10号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例(以下「改正後の条例」という。)の規定は、昭和59年10月1日から適用する。

附　則(平成元年12月21日条例第29号)

(施行期日)

1　この条例は、平成2年1月1日から施行する。

(経過措置)

2　この条例による改正後の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第3条第1項の規定は、この条例の施行の日以後に行われる療養に関する給付に係る医療費の支給につ

いて適用し、同日前に行われた療養に関する給付に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

附　則(平成5年3月29日条例第6号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の条例の規定は、平成4年4月1日から適用する。

附　則(平成8年12月20日条例第18号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附　則(平成9年6月27日条例第16号)

この条例は、公布の日から施行し、平成9年4月1日から適用する。

附　則(平成11年3月17日条例第8号)

この条例は、平成11年4月1日から施行する。

附　則(平成12年12月26日条例第40号)

この条例は、平成13年1月6日から施行する。

附　則(平成13年7月1日条例第19号)

この条例は、公布の日から施行し、平成13年1月1日から適用する。

附　則(平成18年3月27日条例第14号)

(施行期日)

1　この条例は、平成18年4月1日から施行する。

(経過措置)

2　この条例による改正後の条例第12条の規定は、平成18年4月1日以降に重度障害者医療費の支給を始めた者について適用し、同日前に医療費の支給を始めた者については、なお従前の例による。

附　則(平成18年9月26日条例第34号)

この条例は、平成18年10月1日から施行する。

附　則(平成20年3月27日条例第9号)

(施行期日)

1　この条例は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

2　この条例による改正後の条例第12条の規定は、平成18年4月1日以降に重度障害者医療費の支給を始めた者について適用し、同日前に医療費の支給を始めた者については、なお従前の例による。

附　則(平成20年8月1日条例第17号)

(施行期日等)

1　この条例は、平成20年10月1日(以下「施行日」という。)から施行し、改正後の志免町重度障害者医療費の支給に関する条例(以下「改正後の条例」という。)第3条第2項第2号の規定は、平成20年4月1日から適用する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

2　町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の条例第5条の受給資格の認定を行い、及び受給資格者に対して障害医療証を交付することができる。

附　則(平成23年12月18日条例第26号)

(施行期日)

1　この条例中第1条の規定は、公布の日から施行し、平成23年10月1日から適用する。

2　この条例中第2条の規定は、平成24年4月1日から施行する。

附　則(平成24年9月26日条例第14号)抄

(施行期日等)

1　この条例は、平成25年4月1日(以下「施行日」という。)から施行する。

附　則(平成24年12月18日条例第16号)

(施行期日)

1　この条例中第1条、第4条及び第6条の規定は、平成25年4月1日から施行する。

2　この条例中第2条、第3条、第5条及び第7条の規定は、平成26年4月1日から施行する。

附　則(平成25年12月17日条例第32号)

この条例は、公布の日から施行する。

附　則(平成26年10月1日条例第15号)

この条例は、平成26年10月1日から施行する。

附　則(平成27年3月20日条例第11号)

この条例は、公布の日から施行し、平成27年1月1日から適用する。

○志免町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年9月30日

志免町規則第100号

改正　昭和50年10月4日

昭和52年6月30日

昭和57年12月24日規則第5号

昭和60年1月25日規則第1号

平成元年12月21日規則第19号

平成5年3月29日規則第5号

平成8年12月20日規則第22号

平成11年3月17日規則第6号

平成13年7月1日規則第9号

平成14年10月1日規則第16号

平成18年9月25日規則第29号

平成18年9月25日規則第32号

平成20年3月31日規則第11号

平成20年9月30日規則第27号

(題名改称)

平成27年12月28日規則第49号

(趣旨)

第1条　この規則は、志免町重度障害者医療費の支給に関する条例(昭和49年志免町条例第114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。

(改正(平20規則第27号))

(定義)

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。

(全改(平20規則第27号))

(受給資格の認定申請の手続)

第3条　条例第5条の規定により、重度障害者医療費の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申請書に次に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

(1)　医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証(以下「被保険者証等」とい

う。)

(2)　条例第2条第1項第1号の重度及び同条同項第3号の中等度の知的障害者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)による身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)による精神障害者保健福祉手帳

(3)　条例第3条に規定する対象者であることを証する書類

(4)　その他町長が必要と認める書類

2　町長は、受給資格の認定を更新する場合において、重度障害者医療の支給を受けることができる者を町の公簿等によって確認できるときは、前項の規定にかかわらず、重度障害者医療費受給資格者認定申請書及び被保険者証等を提出させず、又はその一部を省略させることができる。

(追加(平20規則第27号))

(医療証の交付及び不交付の通知)

第4条　条例第6条第1項の規定による重度障害者医療証(以下「医療証」という。)の交付は、65歳未満の者に対しては重度障害者医療証(65歳未満用)(様式第2号)又は重度障害者医療証(65歳未満　精神障害者用)(様式第2号の2)により、65歳以上の者に対しては重度障害者医療証(65歳以上用)(様式第3号)又は重度障害者医療証(65歳以上　精神障害者用)(様式第3号の2)により行うものとする。

2　町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、申請者に通知するものとする。

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

(医療証の有効期限等)

第5条　医療証の有効期限は、条例第5条の規定により認定を受けた場合は、第6条の規定により町長が定める受給資格の認定の更新を行う日(以下「更新日」という。)の前日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に定める日までとする。

(1)　次の更新日までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合　当該重度障害者の受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日

(2)　65歳未満の者が次の更新日までに65歳に達する場合　65歳に達する日の属する月の末日

2　受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

(医療証の更新申請等)

第6条　町長は、3年ごとに一定の期日を定めるものとし、受給資格者は、当該期日の間に重度障害者医療費更新申請書により医療証の更新を申請することができる。

2　第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。

(追加(平20規則第27号))

(医療証の再交付)

第7条　受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、重度障害者医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2　医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3　受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(繰下げ(平20規則第27号))

(保険医療機関等)

第8条　条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーションその他町長の定める病院、診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」という。)とする。

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

(重度障害者医療費の請求)

第9条　保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障害者医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、受給資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、重度障害者医療費請求書を提出するものとする。

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

(重度障害者医療費の支給申請)

第10条　受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障害者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障害者医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2　町長は、重度障害者が志免町国民健康保険の被保険者であって、当該重度障害者に係る

重度障害者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

(重度障害者医療費に関する決定の通知)

第11条　町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障害者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもって、その内容を申請者に通知するものとする。この場合において、医療費の全部又は一部につき、不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(繰下げ(平20規則第27号))

(届出)

第12条　条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1)　重度障害者の住所、氏名及び個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第5項に規定する個人番号をいう。以下この項において同じ。)

(2)　重度障害者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者(以下「被保険者等」という。)の住所、氏名及び個人番号(重度障害者が被保険者等でない場合のみ)

(3)　受給資格者の住所、氏名及び個人番号(受給資格者が重度障害者又は被保険者等でない場合のみ)

(4)　重度障害者の死亡

(5)　重度障害者の被保険者等

(6)　重度障害者の被保険者等に係る保険者

(7)　障害の程度が軽減した事実

(8)　その他町長が必要と認める事項

2　受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障害者医療変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。

3　受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、重度障害者医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

4　受給資格者は、重度障害者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、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(改正(平27規則第49号))

(様式)

第13条　この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

(1)　重度障害者医療費受給資格(認定・更新)申請書　様式第1号

(2)　重度障害者医療証(65歳未満用)　様式第2号

(3)　重度障害者医療証(65歳未満　精神障害者用)　様式第2号の2

(4)　重度障害者医療証(65歳以上用)　様式第3号

(5)　重度障害者医療証(65歳以上　精神障害者用)　様式第3号の2

(6)　重度障害者医療証再交付申請書　様式第4号

(7)　重度障害者医療費請求書(医科、歯科用)　様式第5号

(8)　重度障害者医療費請求書(調剤用)　様式第6号

(9)　重度障害者訪問看護療養費請求書　様式第7号

(10)　重度障害者医療費支給申請書　様式第8号

(11)　重度障害者医療変更届　様式第9号

(12)　第三者の行為による被害届　様式第10号

(13)　重度障害者医療費受給資格喪失届　様式第11号

(改正、繰下げ(平20規則第27号))

附　則

この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附　則(昭和50年10月4日)

この規則は、昭和50年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附　則(昭和52年6月30日)

この規則は、昭和52年7月1日から施行する。

附　則(昭和57年12月24日規則第5号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附　則(昭和60年1月25日規則第1号)

改正　平成元年12月21日規則第19号

この規則は、公布の日から施行し、昭和59年10月1日から適用する。

附　則(平成元年12月21日規則第19号)

この規則は、平成2年1月1日から施行する。

志免町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

附　則(平成5年3月29日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行し、平成4年4月1日から適用する。

附　則(平成8年12月20日規則第22号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附　則(平成11年3月17日規則第6号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

ただし、様式第5号及び様式第6号の改正規定は、平成9年9月1日から適用する。

附　則(平成13年7月1日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附　則(平成14年10月1日規則第16号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附　則(平成18年9月25日規則第29号)

(施行期日)

1　この規則は、平成18年11月1日から施行する。

(経過措置)

2　この規則の施行の際、この規則による改正前の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則第11条に定める様式第5号から第7号による用紙で、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18年9月25日規則第32号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附　則(平成20年3月31日規則第11号)

(施行期日)

1　この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

2　この規則による改正前の志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則第11条に定める様式第4号、様式第8号及び第9号による用紙で、現に現存するものは、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20年9月30日規則第27号)

(施行期日)

1　この規則は、平成20年10月1日から施行する。

(経過措置)

2　町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の志免町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、志免町重度心身障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例(平成20年志免町条例第17号)による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付手続をすることができる。

附　則(平成27年12月28日規則第49号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第13条関係)

重度障害者医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

医療証番号			資格認定年月日	年　月　日			④その他	同居者氏名　(続柄)		
申請事由	新規・更新・転入・その他(　　)			年齢区分	65歳未満・65歳以上			(　　)		
①受給者	区分	フリガナ　生年月日 氏名　性別		住所				(　　)		
	本人	年　月　日生						(　　)		
								(　　)		
	保護者	年　月　日生						施設入居の有無	他に受けることができる公費負担	
								有・無		

②障害の状態	身体障害の状況	程度(等級別)	の　の　級		身障手帳の番号	第　号	交付日		再判定	
	知的障害の状況	程度		判定機関		判定日		再判定		摘要
	精神障害の状況	程度(等級別)		精神手帳の番号	年　月　日発行第　号			期限		
	国民年金受給者	証書番号	第　号	傷病名		有期認定	年　月　日まで			
	特別児童扶養手当受給者		第　号				年　月　日まで			

③医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	被保険者証の記号・番号	保険種別	保険者番号 保険者名	所在地	付加給付の内容	有・無
							高額療養費代理受給の有無	有・無

上記のとおり、重度障害者医療費受給資格認定を申請します。町がこの申請に関して、必要な公簿等の確認をすることを承諾します。

志免町長　様　　年　月　日

申請者　住所
氏名　　㊞
(電話　　)

資格審査	可・否	公簿確認	戸籍　住民票　外人登　生保　他制度医療　所得				所得状況	本人	配偶者	扶養義務者
決裁	課長	課長補佐	係長	電算入力	受診証	受付者	所得状況	控除後の所得額(円)		
							未満・超過	控除対象親族等(人)		
								限度額(円)		

様式第2号(第4条、第13条関係)(65歳未満用)

(表面)

障	福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
負担者番号	8 0 4 0	
受給者番号		
受給者 住所	福岡県	
受給者 氏名		男・女
受給者 生年月日	年　月　日	
一部自己負担金	入院　500円／日(月10日限度) (※低所得者の場合(裏面注7) 300円／日(月10日限度)) 入院外　500円／月を限度	
発行機関名及び印	福岡県	
交付年月日	年　月　日	

＊　この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

＊　上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。

(裏面)

注意事項

1　この証は、志免町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。

2　受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。

4　受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。

5　受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。

6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

7　加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「C」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額払い戻し申請を行ってください。

8　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。

(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

9　後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けてください。

※志免町は入院時の限度日数を独自に助成しています。

様式第2号の2(第4条、第13条関係)(65歳未満　精神障害者用)

(表面)

障	福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
負担者番号	8 0 4 0	
受給者番号		
受給者 住所	福岡県	
受給者 氏名		男・女
受給者 生年月日	年　月　日	
一部自己負担金 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)	入院　500円／日(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 300円／日(月10日限度) 入院外　500円／月を限度	
発行機関名及び印	福岡県	
交付年月日	年　月　日	

＊　この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

＊　上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。

(裏面)

注意事項

1　この証は、志免町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。

2　受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。

4　受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。

5　受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。

6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

7　加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「C」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額払い戻し申請を行ってください。

8　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。

(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

9　後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けてください。

※志免町は入院時の限度日数を独自に助成しています。

様式第3号(第4条、第13条関係)(65歳以上用)

(表面)

障	福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
負担者番号	8 0 4 0	
受給者番号		
受給者	住所	福岡県
	氏名	男・女
	生年月日	年　月　日
一部自己負担金	入院　500円／日(月10日限度) (※低所得者の場合(裏面注7) 300円／日(月10日限度)) 入院外　500円／月を限度	
発行機関名及び印	福岡県	
交付年月日	年　月　日	

＊　この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

＊　上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。

(裏面)

注意事項

1　この証は、志免町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。

2　受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。

4　受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。

5　受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。

6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

7　加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額払い戻し申請を行ってください。

8　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。

(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

※志免町は入院時の限度日数を独自に助成しています。

様式第3号の2(第4条、第13条関係)(65歳以上　精神障害者用)

(表面)

障	福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	
負担者番号	8 0 4 0	
受給者番号		
受給者 住所	福岡県	
受給者 氏名		男・女
受給者 生年月日	年　月　日	
一部自己負担金 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)	入院　500円／日(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 300円／日(月10日限度) 入院外　500円／月を限度	
発行機関名及び印	福岡県	
交付年月日	年　月　日	

＊　この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

＊　上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。

(裏面)

注　意　事　項

1　この証は、志免町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。

2　受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。

4　受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。

5　受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。

6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

7　加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。

※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額払い戻し申請を行ってください。

8　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。

(後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

※志免町は入院時の限度日数を独自に助成しています。

様式第4号(第13条関係)

決裁	課　長	課長補佐	係　長	係　員	受　付

□乳　幼　児
□障　害　者　　医 療 証 再 交 付 申 請 書
□ひとり親家庭等

受給者番号	受　給　者　氏　名	性別	生　年　月　日
		男・女	年　月　日生
		男・女	年　月　日生
		男・女	年　月　日生
		男・女	年　月　日生
		男・女	年　月　日生

申請の理由	□1　紛失　□2　破損　□3　汚損　□4　盗難　□5　その他(　　)

なお、申請に当たっては、下記事項を確約致します。
1　医療証をみつけたときは、速やかに返納すること。
2　偽り、その他不正の行為によって医療給付を受けたときは、給付額の全部又は一部を返還すること。

上記のとおり、申請します。

志免町長　　様

年　　月　　日

申 請 者　住所　志免町
(保護者)　氏名　　㊞
(☎　　—　　)

様式第5号（第13条関係）

1	3	8
医科	歯科	医保

年　　月分　　乳障親医療費請求書

4	0				

様

医療機関
コ　ー　ド

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求する。
年　　月　　日

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	乳・障・親医療費給付外点数	一部負担金	備考
⑤乳幼児	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	乳・障・親医療費給付外点数	一部負担金	備考
⑥障害者	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	乳・障・親医療費給付外点数	一部負担金	備考
⑨ひとり親	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第6号（第13条関係）

4	8
調剤	医保

年　　月分　　乳障親医療費請求書

4	0					様

薬　　局
コ　ー　ド

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名　　㊞

下記のとおり請求する。
年　　月　　日

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑤乳幼児	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑥障害者	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑨ひとり親	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号（第13条関係）

9	8
訪	医保

年　　月分　　乳障親訪問看護療養費請求書

4	0				

様

訪　問　看　護
ステーションコード

下記のとおり請求する。
年　　月　　日

訪問看護ステーションの
所 在 地 及 び 名 称
開　設　者　氏　名　　㊞

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護療養費給付外金額	※金額	備考
⑤乳幼児	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護療養費給付外金額	※金額	備考
⑥障害者	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護療養費給付外金額	※金額	備考
⑨ひとり親	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
	割	請求						
		※決定						

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第8号(第13条関係)

課　　長	課長補佐	係　　長	係　　員

□ 乳　幼　児　□拡大
□ 重度障害者　□後期　医療費支給申請書
□ ひとり親家庭等

志免町長　　様

年　　月　　日

申請者　住所　〒　　―

氏名　　㊞

電話番号(　　―　　)

下記のとおり、□一部負担金 □療養費 を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

太枠の中は必ずご記入下さい。

受給者番号		保険の種別及び名称	国・政・組・共(　　)〔名称〕
受給者氏名		被保険者証の記号・番号	
生年月日	M T S H　　年　　月　　日	世帯主・被保険者・組合員氏名	
傷病名		療養期間	年　月　日～年　月　日

医療機関	所在地		名称	
	所在地		名称	
	所在地		名称	

申請理由	□1　医療保険各法による療養費が支給された。 □2　県外の医療機関等で受診した。 □3　その他(□装具代　□特定疾患自己負担分　□小児慢性　特患　□　　)		
医療費総額	円	申請額	円

備考欄		総医療費	保険給付	初診料	他方負担	支給額
	医科　入院		―	―	―	
	外来		―	―	―	
	歯科		―	―	―	
	調剤		―	―	―	
	装具		―	―	―	

様式第9号(第13条関係)

決裁	課　長	課長補佐	係　長	電算入力	受付者	受診証 □後　日

□乳幼児医療
□障害者医療　　変　更　届
□ひとり親家庭等医療

年　月　日

志免町長　様

届出人　住　所
氏　名　　㊞
電　話(　　―　　)

受給者氏名及び受給者番号

氏　名				
番　号				

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

変更事由 (該当するものを○で囲む。)	変更年月日等	
1　保険変更	年　月　日	□社→国　□国→社 □社→社　□国→国
2　被保険者変更	年　月　日	□社→国　□国→社 □社→社　□国→国
3　住所	年　月　日	
4　氏名	年　月　日	
5　その他	年　月　日	理由

様式第10号(第13条関係)

第三者の行為による被害届

年　　月　　日

志免町長　　様

届出人　住　所
氏　名

次のとおり届けます。

<table>
<tr><td>被害者</td><td>受給者番号</td><td></td><td>受給資格者名
(被害者名)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>加害者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>氏名</td><td></td><td>職業</td><td>電話</td></tr>
<tr><td>加害者の使用者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>氏名</td><td></td><td>職業</td><td>電話</td></tr>
<tr><td colspan="8">負傷の日時及び場所　　年　　月　　日午前・午後　　時　　分頃　場所</td></tr>
<tr><td>発病の原因又は負傷時の状況</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>疾病又は負傷の程度</td><td colspan="2"></td><td>治癒までの見込み</td><td colspan="4">入院　　日
通院　　日
診療費総額　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">診療を受けた医師名</td><td>当初</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td colspan="3">電話</td></tr>
<tr><td>転医後</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td colspan="3">電話</td></tr>
<tr><td rowspan="2">自動車事故の場合</td><td>自動車番号</td><td colspan="2"></td><td>自動車所有者住所・氏名</td><td colspan="3">電話</td></tr>
<tr><td>自動車損害賠償責任保険契約社</td><td colspan="2"></td><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>損害賠償に関する交渉の経過</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

様式第11号(第13条関係)

重度障害者医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

志免町長　様

届出人　　住所

氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1　転出予定 2　生活保護受給 3　死亡 4　その他(　　)
受給資格喪失年月日		年　　月　　日
医療証	受給者番号	
	氏　　名	

様式第1号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第2号(第4条、第13条関係)(65歳未満用)

(全改(平20規則第27号))

様式第2号の2(第4条、第13条関係)(65歳未満　精神障害者用)

(追加(平20規則第27号))

様式第3号(第4条、第13条関係)(65歳以上用)

(全改(平20規則第27号))

様式第3号の2(第4条、第13条関係)(65歳以上　精神障害者用)

(追加(平20規則第27号))

様式第4号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第5号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第6号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第7号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第8号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第9号(第13条関係)

(全改(平20規則第27号))

様式第10号(第13条関係)

(改正(平20規則第27号))

様式第11号(第13条関係)

(追加(平20規則第27号))