

○武雄市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例施行規則

平成18年3月1日

規則第95号

改正 平成27年12月25日規則第41号

平成28年3月31日規則第8号

(趣旨)

第1条 この規則は、武雄市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例（平成18年条例第126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。

(受給資格の申請)

第2条 条例第6条の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、重度心身障害者医療費受給資格認定（更新）申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請の際には、障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令（昭和50年厚生省令第34号）第2条各号に規定する書類（ただし、第2号に規定する書類を除くものとし、第3号に規定する書類については、様式第2号のとおりとする。）を提出するとともに、重度の身体障害者については身体障害者手帳を、重度の知的障害者については療育手帳を、重複障害者については身体障害者手帳及び療育手帳を市長に提示しなければならない。この場合において、障害児福祉手当、特別障害者手当又は福祉手当の受給者については、市長の確認をもって書類の提出に代えることができる。

(受給資格証の交付)

第3条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、条例第3条に規定する助成対象者であると認めるときは、重度心身障害者医療費受給資格証（様式第3号。以下「受給資格証」という。）を申請者に交付するものとし、受給資格がないと認めるときは重度心身障害者医療費受給資格認定（更新）申請却下通知書（様式第4号）を申請者に交付するものとする。

(受給資格証の更新)

第4条 受給資格証は、毎年8月1日に更新するものとする。

2 受給資格更新の手続については、前2条の規定を準用するものとし、毎年7月1日から同月31日までの間に行うものとする。

(受給資格証の返還)

第5条 受給資格証の有効期限が満了したとき、又は受給資格証に記載された受給資格を喪失したときは、受給資格者は、受給資格証を速やかに市長に返還しなければならない。

(受給資格証の再交付)

第6条 受給資格者は、受給資格証を紛失し、又は破損したときは、市長に対し重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書(様式第5号)を提出し、再交付を受けなければならない。

(助成の申請)

第7条 条例第7条の申請は、重度心身障害者医療費助成申請書(様式第6号)によるものとする。この場合において、高額療養費の適用を受ける者にあつては、高額療養費受給状況及び受給額がわかる書類を添付するものとする。

(変更の届出)

第8条 条例第9条の規則で定める事項は、次のとおりとし、重度心身障害者医療費受給資格変更届(様式第7号)により届け出るものとする。

- (1) 氏名
- (2) 住所
- (3) 条例第3条に規定する助成対象者としての要件
- (4) 医療保険の世帯主(被保険者、組合員)、記号、番号、名称、所在地、付加給付及び損害賠償

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年3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、合併前の武雄市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例施行規則(昭和59年武雄市規則第30号)、山内町重度心身障害者の医療費の助成に関する条例施行規則(昭和51年山内町規則第4号)又は北方町重度心身障害者の医療費の助成に関する条例施行規則(昭和58年北方町規則第1号)の規定によりなされた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手続その他の行為とみなす。

附 則(平成27年規則第41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年規則第8号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

受 付						年 月 日	受 給 資 格 の 有 無
決 裁							有 無
							※理由
						年 月 日	

<p style="text-align: center;">重度心身障害者医療費受給資格認定(更新)申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>武雄市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 ㊟</p>						
助 成 対 象 者						
ふ り が な 氏 名	個人番号:					男・女
生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 ( 歳)					
住 所						
受 給 資 格 等	重度身体障害者	手帳番号	県第 号			
		等 級	種 級			
	重度知的障害者	障害区分	視・聴・音・肢・内			
		IQ 以下	次の判定年月日	年 月 日		
	重 複 障 害 者	手帳番号	県第 号			
		等 級	種 級			
障害区分		視・聴・音・肢・内				
	IQ 以下	次の判定年月日	年 月 日			
認定(更新)後、医療費助成給付の際は、次の口座へ振り込んでください。						
振込希望 金融機関	銀行 金庫 組合	支店 支所	普 通 当 座	口座番号		
同 意 書				名 義 人		
<p style="text-align: center;">資格認定(更新)又は助成額の決定に関して、課税資料等により確認することに同意します。 また、保険者に対し付加給付、高額療養費等の支給状況を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p>						
加入 医療 保険	記号・番号	名 称	所 在 地			付加給付 の 有 無
	老人医療該当	有・無	(電話番号 )			
受給資格証 記号・番号	※			備考		

(注) ※印の欄は、記入しないでください。(世帯コード )

様式第2号（第2条関係）

所得状況届

※受付 年 月 日 第 号

所得状況届							
①受給資格者	(ふりがな)		個人番号				
	氏名 ㊦						
住所							
②配偶者	氏名		個人番号				
	住所						
③扶養義務者	氏名		個人番号				
	受給資格者との続柄						
住所							
④ 年所得	⑤受給資格者	⑥配偶者	⑦扶養義務者				
⑧ 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(受給資格者については、㊦老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、㊧特定扶養親族の数、㊨16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人	人	人				
	(㊦ 人)	( 人)	( 人)				
	(㊧ 人)	( 人)	( 人)				
	(㊨ 人)	( 人)	( 人)				
⑨所得額	円	※ 円	円	※ 円	円	※ 円	
控	⑩ 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数	人	円	人	円	人	円
	⑪ 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
除	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の別	寡・寡特・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・勤	円
	⑬	円	円	円	円	円	円
	⑭ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円
⑮ 控除後の所得額	円	円	円	円	円	円	円
上記のとおり、相違ありません。 年 月 日 氏名 ㊦ 様							
審査※							

- (注) 1 字は、楷書ではっきり書いてください。  
2 ※印の欄は、記入しないでください。

様式第3号(第3条関係)

(表)

重度心身障害者医療費受給資格証			
記号・番号			
助成対象者	氏名		男・女
	生年月日		
	住所		
加入保険	加入保険の名称		
	記号・番号		
	被保険者の氏名		助成対象者の続柄
有効期限	年月日から	年月日まで	
年 月 日発行			
武雄市長			印

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の支給を受ける資格があることを証する書類ですから、大切に保管してください。
- 2 診療を受けるときは、医療機関の窓口で保険証とともにこの証を提示してください。
- 3 医療費の助成の申請をするときは、この証を持参してください。
- 4 加入保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、関係書類を添えて直ちに届け出てください。
- 5 死亡、転出等により受給資格を失ったときは、直ちにこの証を返還してください。
- 6 この証を貸与し、又は譲渡することはできません。

様式第4号（第3条関係）

年 月 日

様

武雄市長



重度心身障害者医療費受給資格認  
定(更新)申請却下通知書

年 月 日付けをもって申請された重度心身障害者医療費受給資格につきま  
しては、次の理由により資格がありませんのでお知らせします。

理 由

この決定に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内  
に、武雄市長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しを求める場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算し  
て6月以内に、武雄市を被告として（訴訟において武雄市を代表する者は武雄市長とな  
ります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第6条関係)

受付	年 月 日
決定	年 月 日
交付	年 月 日

重度心身障害者医療費受給資格証再交付申請書						
受給資格証の記号番号						
助成対象者	ふりがな 氏名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日				
	住所					
申請者 (受給者)	ふりがな 氏名		性別	男・女	続柄	
	生年月日					
	住所					
備考						
<p>重度心身障害者医療費受給資格証を紛失したので、受給資格証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日 武雄市長 様</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						

様式第6号(第7条関係)

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所

(受給者) 氏名

㊦

次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

受給資格証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名	
患者氏名			保険証記号番号	
生年月日	年 月 日		保 険 名	国保・社保・その他

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明				
患者氏名				
診 療 月	年 月分(入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	歯 科	調 剤
保 険 診 療 総 点 数	点	点	点	点
公 費 負 担 点 数	点	点	点	点
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	( 日) 円		( 日) 円	
訪 問 看 護 利 用 料		( 日) 円		
上記の金額を領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 住所 氏 名				

㊦

- (注) 1 保険診療以外の医療費については、申請できません。  
 2 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

[市記入欄]

給 付 決 定 額				
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	( 日) 円		円	
訪 問 看 護 利 用 料	( 日) 円	円	円	
医療機関コード	銀行コード	口座番号	名 義	

様式第7号(第8条関係)

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日
資格証処理	年 月 日
台帳処理	年 月 日

重度心身障害者医療費受給資格変更届				
受給資格証の記号・番号		変 更 前	変 更 後	
変 更 事 項	区 分			
	助成対象者	ふりがな氏名		
		住 所		
	助と	成対象者としての要件		
	加 入 保 険	加入保険の名称		
		被保険者証の記号番号		
		被保険者の氏名		
		付 加 給 付		
	金 融 機 関	銀行等名称		
		支 店 名		
		口 座 番 号		
		口 座 名 義		
	損 害 賠 償			
	備 考			
<p>上記のとおり変更があったので、受給資格証を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>武雄市長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				

様式第 1 号 (第 2 条関係)

様式第 2 号 (第 2 条関係)

様式第 3 号 (第 3 条関係)

様式第 4 号 (第 3 条関係)

様式第 5 号 (第 6 条関係)

様式第 6 号 (第 7 条関係)

様式第 7 号 (第 8 条関係)