

西都市重度障害者の医療費助成に関する条例施行規則

昭和58年3月29日

西都市規則第3号

改正 平成11年3月31日規則第7号

平成17年6月1日規則第12号

平成18年5月26日規則第21号

平成18年6月26日規則第25号

(題名改称)

平成18年9月29日規則第35号

平成24年7月20日規則第21号

西都市重度心身障害者等の医療費助成に関する条例施行規則(昭和50年西都市規則第8号)の全部を次のように改正する。

(目的)

第1条 この規則は、西都市重度障害者の医療費助成に関する条例(昭和58年西都市条例第2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。

(一部改正〔平成18年規則25号〕)

(用語の定義)

第2条 この規則で使用する用語の定義は、条例で使用する用語の例による。

(助成対象者の認定)

第3条 医療費の助成を受けようとする者は、西都市重度障害者医療費受給資格者証交付申請書(様式第1号。以下「交付申請書」という。)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定により交付申請書の提出があったときは、速やかに助成対象の可否を決定し、助成の対象となったものについては西都市重度障害者医療費受給資格者証(様式第2号。以下「受給資格者証」という。)及び西都市重度障害者医療費助成申請書(請求書)(様式第3号。以下「助成申請書」という。)を交付し、助成の対象とならなかった者については、その理由を付して西都市重度障害者医療費受給資格者証交付申請却下通知書(様式第4号)により通知するものとする。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(診療の方法)

第4条 受給資格者証の交付を受けた者(以下「助成対象者」という。)が保険医療機関等で保険給付等を受けようとするときは、当該保険医療機関等に受給資格者証を必ず提示し、

その窓口で一部負担金(助成対象者が保険医療機関等へ入院した場合は、1,000円。以下「一部負担金等」という。)を支払うものとする。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(医療費助成の申請及び支給方法)

第5条 前条の規定により、一部負担金等を支払った者又はその保護者は、1月を単位とし保険医療機関等で助成申請書に証明を受け、市長に提出するものとする。ただし、条例第5条第3項本文の規定による医療費の助成については、この限りでない。

2 市長は、前項の助成申請書を受理したときは、審査のうえ医療費の助成額を決定し、申請者に支給するものとする。

3 条例第5条第4項の規定による申請を受けた際に申請者の同意を得た場合の当該申請後の申請については、助成申請書が、医療費の助成額を決定した日に市長に提出されたものとみなすことができる。ただし、提出した助成申請書に記載した内容に変更があったときは、改めて助成申請書を市長に提出しなければならない。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(受給資格者証の有効期間)

第6条 受給者証の有効期間は、交付申請書が提出された日の属する月の初日から交付申請書が提出された日以後の最初の7月31日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合には、当該各号に定める日から交付申請書を提出した日以後の最初の7月31日までとする。

(1) 市への転入により申請した場合 転入をした日

(2) 新たに社会保険各法による保険に加入したことにより申請した場合 当該保険の適用を受けることとなった日

(全部改正〔平成18年規則25号〕)

(受給資格者証の返還)

第7条 助成対象者又はその保護者は、次に掲げる事由が発生したときは速やかに受給資格者証を市長に返還しなければならない。

(1) 助成対象者が死亡したとき又は他の市町村に転出するとき。

(2) 社会保険各法の規定による加入資格を喪失したとき。

(3) 条例第2条第1項に規定する重度障害者に該当しなくなったとき。

(4) 受給資格者証の有効期間が満了したとき。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(受給資格者証の再交付)

第8条 助成対象者が受給資格者証を紛失、汚損等により使用できなくなったときは、西都市重度障害者医療費受給資格者証再交付申請書(様式第5号)を市長に提出して受給資格者証の再交付を受けることができる。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(届出)

第9条 助成対象者は、交付申請書に記載した事項に変更があったときは、速やかに市長に西都市重度障害者医療費受給資格者証交付申請書記載事項変更届(様式第6号)に受給資格者証を添えて届出をし、記載事項の訂正又は再交付を受けなければならない。

(一部改正〔平成17年規則12号・18年25号〕)

(第三者の行為による被害の届出)

第10条 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、医療費の支給を受け又は受けようとする者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときはその旨)並びに状況を直ちに市長に届出なければならない。

(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、別に定める。

附 則

この規則は、昭和58年4月1日から施行する。

附 則(平成11年3月31日規則第7号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成17年6月1日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成18年5月26日規則第21号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の第2条の2の規定は、平成18年4月1日から適用する。

附 則(平成18年6月26日規則第25号)

(施行期日)

1 この規則は、平成18年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に交付されているこの規則による改正前の西都市重度心身障害者等の医療費助成に関する条例施行規則様式第2号による西都市心身重度障害者等医療

費助成資格者証は、その有効期間においては、この規則による改正後の西都市重度障害者の医療費助成に関する条例施行規則様式第2号による西都市重度障害者医療費助成資格者証とみなす。

(西都市事務委任規則の一部改正)

3 西都市事務委任規則(平成9年西都市規則第14号)の一部を次のように改正する。

(次のよう略)

附 則(平成18年9月29日規則第35号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則(平成24年7月20日規則第21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)

決 裁						受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 定	年 月 日
						発 行	年 月 日
受 給 資 格 適 否 備考 (理由)						住民登録	有 ・ 無
適 ・ 否						所得額	
確 認 印							
身 体 障 害	手帳	1級	2級	3級		手帳番号	
知 的 障 害	ア 重度判定 イ 療育手帳 Δ所持					〃	
	ア 重複障害で中程度知的障害					〃	

西都市重度障害者医療費受給資格者証交付申請書					
西都市長 様					
住所 氏名 ㊟					
対 象 者	(フリガナ) 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日	
加 入 保 険	保 険 者 名	記 号 番 号	所 在 地	世 帯 主 又 は 被 保 険 者 氏 名	附 加 給 付 の 状 況

(注) 上欄の太字枠内は記入しないこと。

この申請書を提出するときは、被保険者証及び身体障害者の場合は身体障害者手帳、知的障害者の場合は、療育手帳又は児童相談所あるいは知的障害者更生相談所の判定書を提示してください。

様式第2号(第3条関係)

(表)

西都市重度障害者医療費受給資格者証	
受 給 者 番 号	
受 給 氏 名	フリガナ
資 格 者 生 年 月 日	年 月 日 生
住 所	
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
発 行 年 月 日	年 月 日
発 行 機 関 名	富崎県
及 び 印	西都市長

(裏)

注 意 事 項	
1 この証は、西都市重度障害者医療費助成が受けられる証ですから大切に保管してください。	
2 この証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、必ず保険証と一緒に窓口へ提出してください。	
3 次の事由が生じたときは、必ず届出をしてください。	
(1) 生活保護法による保護を受けることになったとき。	
(2) 住所・氏名が変わったとき。	
(3) 受給資格者が死亡したとき。	
(4) 加入している健康保険に変更があったとき。	
(5) 受給資格証を破損し、又は失ったとき。	
(6) 振込先の口座を変更するとき。	
4 この証は西都市重度障害者医療費受給資格者以外は使用できません。	

様式第3号(第3条関係)

決 裁						受 付	年 月 日
						何	年 月 日
						決 定	年 月 日
						支 給	年 月 日
助 成 内 訳	一部負担金 等の額	控 除 額			内 訳		交付決定額
		附加給付額	そ の 他	月 額	控 除 額	控 除 額 計	
		円	円	円	円	円	円

西都市重度障害者医療費助成申請書(請求書)

年 月 日

西都市長 様

住 所
申請者 氏 名 ㊟
T E L

年 月分の医療費^{入院}_{外来}助成されたく申請(請求)します。

受 給 資 格 者	受給資格者 証 番 号		加 入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
	氏 名		記 号 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日	保 険 名		
振 込 希 望 金 融 機 関 名			口 座 番 号 フ リ ガ ナ 口 座 名 義		

この欄は、お 手数ですが、保 険医療機関等に おいてご記入願 います。	年 月診療 入院・外来			
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費点数	一部負担金等受領額
	日	点	点	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。			
	年 月 日			
	所在地 保険医療機関等の 名 称 氏 名 ㊟			

(注) 太字枠内は記入しないこと。

一部負担金等受領額には、入院時食事療養に係る標準負担額は含みません。

様式第4号(第3条関係)

年 月 日
様
西都市長
西都市重度障害者医療費受給資格者証
交付申請却下通知書
年 月 日付で申請のあった西都市重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。
(理由)

様式第5号(第8条関係)

決 裁						受 付	年	月	日
						交 付	年	月	日
						決 裁	年	月	日

西都市重度障害者医療費受給資格者証再交付申請書

受 給 資 格 者	氏 名		男 女	生年月日	年	月	日
	住 所						
	加 入 保 険	保 険 者 名					
		記 号 番 号					
		世帯主又は 被保険者氏名					
受給資格者証を紛失により使用できなくなったので再交付を申請します。 紛失汚損等 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 ⑩ 西都市長 様							

(注) 上欄の太字枠内は記入しないこと。
再交付の理由が汚損等のときは、受給資格者証を添えて提出してください。

様式第6号(第9条関係)

決 裁						受 付	年	月	日
						処 理	年	月	日
						決 裁	年	月	日

西都市重度障害者医療費受給資格者証交付申請書
記載事項変更届

受 給 資 格 者		受 給 資 格 者 氏 名	男 女	
証 番 号		生 年 月 日	年 月 日	
変 更 事 由				
	新	旧		
変 更 事 入 項	氏 名			
	住 所			
	加 入 保 険	保 険 者 名		
		記 号 番 号		
		世帯主又は 被保険者名		
資格取得日	年 月 日			
上記のとおり変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。				
年 月 日				
届出人 住 所 氏 名 ⑩				
西都市長 様				

(注) 上欄の太字枠内は記入しないこと。

様式第1号(第3条関係)

(全部改正〔平成17年規則12号〕、一部改正〔平成18年規則25号〕)

様式第2号(第3条関係)

(全部改正〔平成24年規則21号〕)

様式第3号(第3条関係)

(全部改正〔平成17年規則12号〕、一部改正〔平成18年規則25号〕)

様式第4号(第3条関係)

(一部改正〔平成18年規則25号〕)

様式第5号(第8条関係)

(全部改正〔平成17年規則12号〕、一部改正〔平成18年規則25号〕)

様式第6号(第9条関係)

(追加〔平成17年規則12号〕、一部改正〔平成18年規則25号〕)