

改正

昭和61年12月27日規則第28号

平成7年5月29日規則第10号

平成8年4月1日規則第5号

平成9年8月29日規則第21号

平成10年3月24日規則第10号

平成12年12月28日規則第63号

平成14年12月27日規則第33号

平成18年3月29日規則第14号

平成18年12月12日規則第45号

平成20年3月28日規則第15号

平成26年8月1日規則第25号

小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例（昭和58年小矢部市条例第1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。

(用語)

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。

(受給資格証の登録)

第3条 医療費の助成を受けようとする重度心身障害者等である者は、被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「保険証」という。）に障害の状態にあることを明らかにすることができる身体障害者手帳、療育手帳、国民年金証書その他の書類を添えて重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更）申請書（様式第1号）、重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更）申請書兼受給者負担割合区分証交付申請書（様式第1号の2）又は一部負担金還付該当申請書（様式第2号）を市長に提出し、受給資格の登録を受けなければならない。

2 受給資格の登録の期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる期間とする。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした

日の属する月の初日から65歳の誕生日の前日までの期間

- (2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から70歳の誕生日の属する月の末日（その誕生日が月の初日であるときはその日の属する月の前月の末日）までの期間

- (3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日から資格を喪失するまでの期間
(受給資格証等の交付)

第4条 市長は、前条の規定により登録した受給者に対して次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる書類に必要な事項を記載して交付しなければならない。

- (1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証（様式第3号）及び福祉医療費請求書（様式第6号、様式第6号の2）又は重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書（様式第8号）
- (2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証（様式第4号、様式第4号の2）、重度心身障害者等医療費受給資格証（受給者負担割合区分証）（様式第4号の3）及び福祉医療費請求書（様式第7号）又は重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書（様式第8号の2）
- (3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 一部負担金還付該当者証（様式第5号）及び重度心身障害者等医療費（一部負担金還付）助成申請書（様式第9号）
(受給資格証の有効期間)

第5条 重度心身障害者等医療費受給資格証及び一部負担金還付該当者証（以下「受給資格証」という。）の有効期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号の掲げる期間とする。ただし、その間において受給資格を欠くに至った場合は、その日までとする。

- (1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から65歳の誕生日の前日までの期間
- (2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から70歳の誕生日の属する月の末日（その誕生日が月の初日であるときはその日の属する月の前月の末日）までの期間
- (3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日から有効とする。

(対象の給付)

第6条 条例第2条第3項の規則で定める給付は、次に掲げる給付とする（食事療養及び生活療養を除く。）。

- (1) 保険外併用療養費
- (2) 療養費
- (3) 訪問看護療養費
- (4) 家族療養費
- (5) 家庭訪問看護療養費
- (6) 特別療養費

2 条例第2条第4項の規則で定める給付は、次に掲げる給付とする（食事療養及び生活療養を除く。）。

- (1) 保険外併用療養費
- (2) 療養費
- (3) 訪問看護療養費
- (4) 特別療養費

(保険医療機関等)

第7条 条例第2条第6項の規則で定める者は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
- (2) 柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第2条第1項に規定する柔道整復師
- (3) あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第3条の2に規定するあん摩マツサージ指圧師、はり師及びきゆう師
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が認めた者

(届出事項)

第8条 受給者は、条例第5条の規定する届出をするときは、受給資格証を添えて行うものとする。

(受給資格証の再交付)

第9条 受給者は、受給資格証を破り、汚し、又は失つたときは市長にその再交付を申請することができる。

(受給資格証の提示等)

第10条 受給者は、医療を受ける場合、保険医療機関等に受給資格証及び保険証を提示し、福祉医療費請求書を提出しなければならない。

(助成金の審査及び支払事務の委託)

第11条 条例第4条第1号の規定による保険医療機関等に交付する助成金の審査及び支払事務は、市長が富山県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

(療養費払)

第12条 条例第4条第1号ただし書及び第3号の規定による助成を受けようとする場合は、重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書又は重度心身障害者等医療費（一部負担金還付）助成申請書によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

(受給資格証の返還)

第13条 受給者は、受給資格を喪失した場合は、交付を受けた受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。

(第三者行為による被害の届出)

第14条 重度心身障害者等医療費の支給事由が第三者行為により生じたものであるときは、受給者はその事実、当該第三者の氏名及び住所並びに被害の状況を速やかに市長に届け出なければならない。

(自己負担限度額の適用申請及び同認定証の交付)

第15条 条例第3条第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者が、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第15条第1項第1号、第3号又は第4号に規定する者に相当するものとして認定を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費受給資格証に、同項第3号又は第4号に規定する事由に該当することを証する書類を添えて、自己負担限度額適用認定証発行申請書（様式第10号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請に基づき、限度額認定を行つたときは、限度額適用認定証（様式第11号）を交付する。

3 前項の認定証の有効期限は、当該認定を行つた日の属する月の初日から翌年の7月末日（当該認定を行つた日の属する月が4月から7月までの場合は、当年の7月末日）までとする。

4 第2項の認定を受けた者は、医療を受けようとするときは、保険医療機関等にこれを提示しなければならない。

(高額療養費相当額の助成)

第16条 条例第3条第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者が、高額療養費に相当する額の

助成を受けようとするときは、高額療養費相当額助成申請書（様式第12号）に領収書を添えて申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

附 則

この規則は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則（昭和61年12月27日規則第28号）

この規則は、昭和62年1月1日から施行する。

附 則（平成7年5月29日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成8年4月1日規則第5号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成9年8月29日規則第21号）

この規則は、平成9年9月1日から施行する。

附 則（平成10年3月24日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成12年12月28日規則第63号）

この規則は、平成13年1月1日から施行する。

附 則（平成14年12月27日規則第33号）

この規則は、平成15年1月1日から施行し、平成14年10月1日から適用する。

附 則（平成18年3月29日規則第14号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18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規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成18年12月12日規則第45号）

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成20年3月28日規則第15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 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成26年8月1日規則第25号）

この規則は、平成26年8月1日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

(おもて)

※ 区 分	1～59歳	60～64歳	65～69歳		保 險 区 分	1 社 被 保 險 保 者	2 社 被 扶 養 保 者	3 国 一 般 被 保 險 保 者	4 国 被 保 險 退 職 者	5 国 被 保 險 退 職 者
※ 受給資格登録番号										
※ 決 裁				主 務	受 付	年 月 日				
					決 定	年 月 日				
					発 行	年 月 日				
※受給資格証交付				要・否(理由)						
重度心身障害者等医療費受給資格登録(変更)申請書 年 月 日 (あて先) 小矢部市長										
申請者						住所 氏名 ㊟				
下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録を申請します。										
受 給 者	ふりがな 氏 名	男・女				生年 月 日	年 月 日			
	住 所									
受給資格証交付 事 由 年 月 日		年 月 日		身障手帳	1・2・3・4・5・6					
				療育手帳	A B					
				そ の 他	I Q35以下・ねたきり					
加 入 医 療 保 險	被 保 險 者	ふりがな 氏 名	男・女		生年 月 日	年 月 日				
		住 所			付加 給付	有 ・ 無				
		被保険者証 の記号番号				保険者名				
世 帯 の 状 況	氏 名	年齢	対 象 者 との続柄	総所得 金額①	退職所得 金額 ②	山林所得 金額 ③	合計所得金額 ①+②+③=④	※市確 認欄		
			本 人							
	計									
(摘要) 変更事項等										

※欄は市で記入します。

※	給	付	台	帳
---	---	---	---	---

様式第1号の2（第2条関係）

※ 区 分	65～69歳				保険区分	1 社 保 被 保 険 者	2 社 保 被 扶 養 者	3 国 保 一 般 被 保 険 者	4 国 保 被 保 険 者 退 職	5 国 保 被 扶 養 者 退 職	
※受給資格証番号											
※ 決 裁				主 務	受 付	年 月 日					
					決 定	年 月 日					
					発 行	年 月 日					
※ 受 給 資 格 証 交 付					要 ・ 否 （理由）						
<p align="center">重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更） 申請書兼受給者負担割合区分証交付申請書</p> <p align="right">年 月 日</p> <p>（あて先）小矢部市長</p> <p align="right">住所 申請者 氏名 ㊟</p> <p>次のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録を申請します。</p>											
受 給 者		ふりがな 氏 名	.....男・女			生 月	年 日	年 月 日		
		住 所									
受 給 資 格 証 交付事由年月日		年 月 日			身障手帳	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6					
					療育手帳	A B					
					そ の 他	IQ35以下 ・ ねたきり					
加入 医療 保険	被保険者	ふりがな 氏 名	.....男・女			生 月	年 日	年 月 日		
		住 所				付加給付	有 ・ 無				
	被保険者 証の記号 番 号				保険者名						
※ 課税所得金額			※ 総収入金額			※ 市町村確認欄					
円			円			<input type="checkbox"/> 1 割負担 <input type="checkbox"/> 2 割負担					
※ 有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで									
私は、福祉医療担当課職員に、税務担当課所有の収入及び課税情報（高齢者の医療の確保に関する法律に準じた課税情報）の提供又は閲覧する権限を委任します。（受給資格有効期間中の負担区分の変更確認を行う場合を含む。）											
<p align="right">氏名 ㊟</p>											

(注) 1 福祉医療担当課職員に委任されない場合は、この用紙に前年度の課税所得及び収入を証明する所得証明書等を添付してください。

2 ※欄は市で記入します。

様式第2号（第3条関係）

障

一部負担金還付該当申請書

	新 規 (再申請、変更、喪失)	変 更 前	事 由
① ふ り が な 氏 名	..... 男・女		1 新 規 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> 転 入 上記の事由発生年月日 (年 月 日)
② 生 年 月 日	年 月 日生		2 再申請 継続 回目 当初認定年月日 (年 月 日)
③ 居 住 地			3 変 更 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 障害の状況 発生年月日 (年 月 日)
④ 高齢者の医療の確保 に関する法律による 医療受給者証番号			
⑤ 障 害 の 状 況	次の書類のとおり 国民年金証書 () 身体障害者手帳 () 診 断 書 障害認定証明書 そ の 他 ()		
上記のとおり関係書類を添えて、申請いたします。 年 月 日 (あて先) 小矢部市長			
住所 (居住地) 氏 名 ㊦			

様式第3号 (第4条関係)

障 重度心身障害者等医療費 受 給 資 格 証	
受給資格番号	—
受 住 所	
給 氏 名	男・女
者 生年月日	年 月 日
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
年 月 日	

注 意 事 項

- この証は、重度心身障害者等医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- この証は、保険診療のみに適用されます。
- この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
- 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出て下さい。
- 受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を市長に返してください。
- 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書をもらってください。その後、市へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。

様式第4号 (第4条関係)

<div>障</div> <div>重度心身障害者等医療費 受給資格証</div>		
受給資格番号	—	
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日		

<div>注 意 事 項</div> <div> <p>1 この証は、重度心身障害者等医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。</p> <p>2 この証は、保険診療のみに適用されます。</p> <p>3 この証で医療を受けたときは一部負担金（高齢者の医療の確保に関する法律による額と同額）を支払って下さい。</p> <p>4 この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。</p> <p>5 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出て下さい。</p> <p>6 受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を市長に返してください。</p> <p>7 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書をもらってください。その後、市へ領収書を提出し、還付の手続きをとって下さい。</p> </div>
--

様式第4号の2（第4条関係）

<div>障</div> <div>重度心身障害者等医療費 受給資格証</div>		
受給資格番号	—	
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
年 月 日		

<div>注 意 事 項</div> <div> <p>1 この証は、保険医療機関等において、支払った被用者保険各法にもとづく自己負担額から、一部負担金（高齢者の医療の確保に関する法律による額と同額）を差引いた額を助成するための証です。</p> <p>2 保険医療機関等で、受療の際は、被用者保険各法にもとづく、自己負担額を支払いその領収書をもらって下さい。</p> <p>3 この証の助成対象となるのは、保険診療分のみです。</p> <p>4 助成申請手続 保険医療機関でもらった領収書を必ず月毎にまとめて、印かん、この資格証をそえて市窓口（社会福祉課）へ持参し手続して下さい。</p> </div>

様式第4号の3（第4条関係）

<div>障</div> <div>重度心身障害者等医療費 受給資格証（受給者負担割合区分証）</div>	
受給資格番号	—
受給者	住所
	氏名
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等での 窓口での 負担割合	割
年 月 日 <div>小矢部市長</div> <div>印</div>	


注 意 事 項
<p>1 この証は、重度心身障害者等医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。</p> <p>2 この証は、保険診療のみに適用されます。</p> <p>3 この証で医療を受けたときは一部負担金（高齢者の医療の確保に関する法律による額と同額）を支払ってください。</p> <p>4 この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。</p> <p>5 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を市長に返してください。</p> <p>7 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書をもってください。その後、市へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。</p>

様式第5号（第4条関係）

<div>障</div> <div>一部負担金還付該当者証</div>	
該当者番号	
住所	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
年 月 日	

注 意 事 項
<p>1 この証は、保険医療機関等において、支払った高齢者の医療の確保に関する法律にもとづく一部負担金を還付してもらえる証ですから、健康手帳の医療受給証とともに、大切に保管して下さい。</p> <p>2 一部負担金の還付手続</p> <p>高齢者の医療の確保に関する法律にもとづく健康手帳（医療受給者証）で医療を受けた際支払った一部負担金の領収書を、その保険医療機関等からもらって下さい。</p> <p>その後、その領収書、印かん、健康手帳を市窓口（社会福祉課）へ持参し、還付の手続きをとって下さい。</p> <p>(注)</p> <div> <p>この証は、高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表に定める程度の障害の状態にあると市町村長が認定した者に交付されているものです。</p> </div>

様式第6号（第4条関係）

1	2	医療費区分	4	保険区分	1	2	3	4	5	6			
入院	入院外				社被保険者	社被扶養者	国一般被保険者	国被保険退職者	国被保険退職者	国被保険退職者	国保組合		

福祉医療費請求書

年 月 日

(あて先) 小矢部市長

医療機関
コード _____

医療機関等の所在地名称

開設者氏名 印


年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	—	氏 名	1 男 2 女
受給期限	年 月 末日	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成
保険者名 (保険者番号)		被保険者証 記 号 番 号	

総 点 数	公 費 負 担 点 数	薬 剤 一 部 負 担 金 額	決 定 請 求 額
点	点	円	円

- (注) 1 この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
- 2 給付割合は、該当する割合を○でかこんでください。
- 3 公費負担点数区分は、対象点数を記入し、決定請求額欄には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期高額疾病、自立支援医療(精神通院、更生、育成医療)等)
- 4 結核医療については、総点数の上段に () 書きで記入してください。

様式第6号の2 (第4条関係)

1	2	医療 費 区 分	4	保 険 区 分	1	2	3	4	5	6			
入 院	入院外				社 被 保 険 保 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 保 者	国 被 保 険 退 職 者	国 被 保 険 退 職 者	国 保 扶 養 保 者	国 保 組 合		

福 祉 医 療 費 請 求 書

年 月 日

(あて先) 小矢部市長

医療機関
コ ー ド _____

医療機関等の所在地名称

開 設 者 氏 名 ㊦

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	—	氏 名	1 男 2 女
受 給 期 限	年 月 末 日	生 年 月 日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成
保 険 者 名 (保険者番号)		被保険者証 記 号 番 号	

総 点 数	公 費 負 担 点 数	薬 剤 一 部 負 担 金 額	決 定 請 求 額
点	点	円	円

- (注) 1 この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
- 2 給付割合は、該当する割合を○でかこんでください。 長期高額疾病
- 3 公費負担点数区分は、対象点数を記入し、決定請求額欄には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期高額疾病、自立支援医療(精神通院、更生、育成医療)等)
- 4 結核医療については、総点数の上段に () 書きで記入してください。

様式第7号 (第4条関係)

H26.8～

給付割合 9・8・7

1 入院	2 入院外	3 障 06歳～ 70歳未満 (障害者)	4 1 社会 保険 分 別 給 付 率 等	5 2 社会 保険 分 別 給 付 率 等	6 3 国 一 般 給 付 率 等	7 4 国 保 給 付 率 等	8 5 国 保 給 付 率 等	9 6 国 保 給 付 率 等	10 7 国 保 給 付 率 等
---------	----------	----------------------------------	--	--	---	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

福祉医療費請求書

市町村
コード

平成 年 月 日

あて

医療機関
〒

医療機関等の所在地及び名称
開 発 者 氏 名

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	氏 名
受給期限 平成 年 月 日	生年月日 年 月 日
保険者番号	被保険者証 記号番号

入院・入院外(通院)の別(該当欄をチェックしてください) 一般負担金(負担額) 医療費等の負担率等、又は、自己負担率等
(該当欄をチェックしてください) 円

☐ 入院 (年 月 日 ～ 年 月 日)

☐ 入院外 (通院)

受給資格者・組合区分等の医療機関等の窓口での負担割合
☐ 2割 ☐ 3割

基 点 数	公 費 負 担 点 数	決 定 請 求 額
点	点	円

- (注) 1. この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
2. 給付割合は、該当する割合を○でかこぶしてください。
3. 公費負担点数は、対象点数を記入し、決定請求額には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期療養施設、自立支援施設(精神通院、更生、在宅医療)等)
4. 決定医療については、給付率の1割にその点数を()書きで記入してください。
5. 一部負担率(負担率)を必ず記入してください。
6. 療養に係る医療費型別給付を行った場合は、窓口での支払金額を決定請求額に記入してください。

様式第8号(第4条関係)

※ 決 裁				主 務	保 険 区 分	1	2	3	4	5
						社 被 社 被 国 一 国 被 国 被	保 保 保 保 保 保 保 保 保	保 保 保 保 保 保 保 保 保	者 者 者 者 者 者 者 者 者	
						受 付				年 月 日
						決 定				年 月 日
					支 給				年 月 日	
※ 助 成 内 容	保険診療 合計金額	控 除 額				薬剤一部 負担金額			助 成	
		社会保険等負担分	公費負担その他の分	計				決定額		
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書 年 月 日 （あて先）小矢部市長 申請者 住所 氏名 ⑩										
下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。										
受給資格番号	—				加 入 保 険	被保険者証 記 号 番 号				
受給者	氏 名	男・女				保 険 種 別	政・組・船・共		国	
	生年月日					保 険 者 名				
年 月 分 保険診療領収書 (入院・入院外)										
受給者名					病 名					
保険診療合計点数		点			社会保険等負担点数		点			
公 費 負 担 額		円			薬剤一部負担金額		円			
一部負担金 領 収 額		円			左記金額には保険診療以外は含まれていません。					
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 ⑩										
なお、支給決定額は下記の口座へ振込んで下さい。 氏名 ⑩										
口 座 名 義		金 融 機関名		当座・普通 預 金 番 号						

- 注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。
- 2 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。
- 3 太枠の欄は、医療機関等で記入してもらって下さい。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもらった場合、これにかえることができます。
- 4 ※欄は市で記入します。

様式第8号の2（第4条関係）

※ 決 裁				主 務	保 険 区 分	1	2	3	4	5	
						社 被 社 被 国 一 国 被 国 被 保 保 保 扶 保 般 保 保 保 扶 者 者 者 養 者 保 被 保 保 養 保 者 保 者 者 保 保 者 者 者 者					
						受 付	年 月 日				
						決 定	年 月 日				
						支 給	年 月 日				
※ 助 成 内 容	保険診療 合計金額	控 除 額						助 成 決 定 額			
		保険 負担分	公費 負担分	付加 給付等	一部 負担金	薬剤一部 負担金	計				
	円	円	円	円	円	円	円	円			
<p style="text-align: center;">重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）小矢部市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ㊟</p> <p>下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。</p>											
受給資格番号		—		加 入 保 険	被保険者証 記 号 番 号						
受 給 者	氏 名	男・女			保 険 種 別	政・組・船・共		国			
	生年月日				保 険 者 名						
年 月 分 保 険 診 療 領 収 書 （入院・入院外）											
受給者名				保険診療 合計点数	点	育成医療等 公費負担点数	点				
一部負担金 領 収 額 (保険診療分)						薬剤一部 負 担 金	計				
						円	円				
<p>上記のとおり領収しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 ㊟</p>											
<p>なお、支給決定額は下記の口座へ振込んでください。</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p>											
口 座 名 義		金 融 機 関 名		当座・普通 預 金 番 号							

注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。

2 申請は、診療月ごと入院、入院外別に行ってください。

3 太枠の欄は、医療機関等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもった場合、これにかえることができます。

4 ※欄は市で記入します。

様式第 9 号（第 4 条関係）

※決議				主 務	受 付	年 月 日		
					決 定	年 月 日		
					支 給	年 月 日		
※助成内訳	該当者名				外来1の内訳	1日目 円	助成決定額	
	(該当欄をチェックしてください)					2日目 円	円	
	□入院 (年 月 日入院)					3日目 円		
	<input type="checkbox"/> 外来 1. □診定額 2. □診定率 (□院外処方□院内処方) <input type="checkbox"/> 入院外 3. □病 200 未満 (□院外処方□院内処方) 4. □病 200 以上 (□院外処方□院内処方)					4日目 円		
	□保険薬局 (□診定額□診定率□病 200 未満□病 200 以上)							
<p style="text-align: center;">重度心身障害者等医療費 (一部負担金還付)</p> <p style="text-align: center;">助 成 申 請 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 小矢部市長</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 氏 名 ㊟</p> <p>年 月分について 下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。</p>								
一部負担金 還付該当者番号				高齢者の医療の確保に関する法律医療受給者番号				
受給者	氏 名			振込先	金融機関名			
	生年月日				名 義 人			
					口座番号			
<p>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金領収書 (入院・入院外)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>該当者名</p> <p>(該当欄をチェックしてください)</p> <p>□入院 (年 月 日入院)</p> <p>入院外 { <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 保険薬局</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>一部負担金領収額 円</p> </td> </tr> </table> <p>上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開設者氏名 ㊟</p>							<p>該当者名</p> <p>(該当欄をチェックしてください)</p> <p>□入院 (年 月 日入院)</p> <p>入院外 { <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 保険薬局</p>	<p>一部負担金領収額 円</p>
<p>該当者名</p> <p>(該当欄をチェックしてください)</p> <p>□入院 (年 月 日入院)</p> <p>入院外 { <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 保険薬局</p>	<p>一部負担金領収額 円</p>							

- (注) 1 この用紙は医療機関等で高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金を支払った後、市から助成をうける場合に使います。
- 2 二重枠は医療機関等で記入してもらってください。ただし、この欄に準じた領収書があれば裏に添付してください。
- 3 入院外1の場合で1日毎(4日を限度)の医療に要する費用の額が 円を下回る場合は、その額を該当の日数の欄に記入してください。
- 4 ※欄は市で記入します。

様式第10号 (第15条関係)

※ 決 議				主 務	受 付	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
<p style="text-align: center;">重度心身障害者等医療費 限度額適用認定証発行申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 小矢部市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ㊟</p> <p>下記のとおり重度心身障害者等医療費助成事業における限度額適用認定証の交付を申請します。</p>						
受給者資格番号						
受 給 者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
<p>※市町村確認欄</p> <p style="text-align: center;">適用区分</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ </p>						
※有効期間		<p style="text-align: center;">年 月 日 から</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 まで</p>				

- (注) 1 この用紙には所得の状況のわかる書類を添付してください。
2 ※欄は、市で記入します。

様式第11号 (第15条関係)

<div>障</div> 重度心身障害者等医療費 限度額適用認定証	
受給資格番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	
適用区分	
上記受給者は、上記区分のとおり、限度額の適用を行っているものであることを証明する。 <div>年 月 日</div> <div>小矢部市長 印</div>	

注：適用区分欄の区分には「区分Ⅱ」又は「区分Ⅰ」と記載

様式第12号（第16条関係）

注意事項

一 この証によって入院に係る医療又は厚生労働大臣が定める在宅末期医療総合診療を受ける場合は、次のとおり高額医療限度額の適用が行われます。

入院の際は又は在宅末期医療総合診療を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関又は特定承認保険医療機関ごとに一ヶ月につき、別に定められた額を限度とすることになりますが、その限度額が減額されません。

二 保険医療機関若しくは特定承認保険医療機関に入院するとき又は在宅末期医療総合診療を受けるときには、健康手帳とともに必ずこの証を提示してください。

三 重度心身障害者等医療費助成事業受給対象者でなくなったときは、直ちに、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 表面の記載事項に変更があった場合には、十四日以内にこの証を市に提出して訂正を受けてください。

※ 決 議				主 務	受 付	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
<p style="text-align: center;">重度心身障害者等医療費助成事業 高額医療費相当額助成申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 小矢部市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ㊟</p> <p>年 月分について 下記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて重度心身障害者等医療費助成事業高額医療費相当額の助成を申請します。</p>						
受給者資格番号						
受 給 者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
医 療 機 関 名						
傷 病 名						
入 院 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間				
医療機関に支払った金額			円			
合算対象となる方の氏名						
受給者番号						

- (注) 1 ※欄は市で記入します。
2 裏面も忘れずにご記入ください。
3 この用紙には、所得の状況のわかる書類を添付してください。
4 合算対象となる方は、別にこの申請を行ってください。

重度心身障害者等医療費助成事業高額医療費相当額助成申請書（裏）

（委任状）

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した高額医療費相当額の受領に関すること。

申請者の住所、氏名 印

代理人の住所、氏名 印

口座振替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	口座名義人			