

改正

平成30年 9 月20日規則第22号

令和 4 年 3 月31日規則第15号の 2

垂水市重度心身障害者医療費助成条例施行規則

垂水市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（平成16年規則第 2 号）の全部を改正する。

（趣旨）

第 1 条 この規則は、垂水市重度心身障害者医療費助成条例（平成 6 年条例第 7 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。

（登録事項）

第 3 条 条例第 4 条第 1 項の規定による登録は、次に掲げる事項について行う。

（1） 対象者

氏名、生年月日、住所並びに障害の種類及び程度又は知能指数

（2） 保護者

氏名、対象者との続柄及び住所

（3） 対象者に係る医療保険

医療保険の種類、被保険者証の記号・番号、被保険者又は組合員の氏名、被保険者又は組合員の対象者との続柄及び付加給付の有無

（4） 前号の医療保険の保険者

保険者の名称及び住所

（5） その他市長が必要と認める事項

（登録）

第 4 条 登録を受けようとする対象者又はその保護者は、重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書（別記第 1 号様式）により市長に申請しなければならない。

（受給資格者証の交付等）

第 5 条 市長は、前条の申請があったときはその内容を審査し、適当と認めるときは、重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録台帳（別記第 2 号様式又は別記第 3 号様式。以下「台帳」とい

う。)に登録及び所要事項の記載を行うとともに垂水市重度心身障害者医療費助成金受給資格者証(別記第4号様式。以下「資格者証」という。)を当該申請をした対象者又は保護者に交付する。ただし、台帳に記載すべき事項を電算処理(垂水市電子計算組織の管理運営に関する規則(平成5年規則第2号)第2条第6号に定めるものをいう。)し、これを適正に管理及び利用することによって、事務を支障なく行い得る場合は、台帳の作成を省略することができる。

2 受給資格者は、資格者証を破損し、若しくは汚損し、又は亡失したときは、重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書(別記第5号様式)を市長に提出し、資格者証の再交付を受けるものとする。

(登録事項変更の届出)

第6条 条例第4条第2項に規定する登録事項の変更の届出は、重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届(別記第6号様式)に資格者証を添えて行うものとする。

2 市長は、前項の届出があったときはその内容を審査し、相当と認めるときは、台帳の登録事項のうち届出に係る事項を変更するものとする。

(助成金の支給申請)

第7条 条例第6条に規定する助成金の支給申請は、医療保険各法に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は訪問看護ステーション(以下「保険医療機関等」という。)の証明(保険医療機関等が領収書を発行するときは、当該領収書)を付した重度心身障害者医療費助成金支給申請書(別記第7号又は第8号様式)に資格者証を添えて行うものとする。

(助成金額の決定)

第8条 市長は、前条の申請を受理したときはその内容を審査し、助成金の支給の可否及び助成金の額を決定し、重度心身障害者医療費助成金支給・申請却下決定通知書(別記第9号様式)により、当該申請をした受給資格者に通知する。

(受給資格の喪失届出)

第9条 条例第4条第1項に規定する受給資格者の登録を受けた者が、他市区町村への転出、医療保険の被保険者・被扶養者資格の喪失、死亡又は生活保護の受給等の理由により、その資格を喪失した時は、重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届(別記第10号様式)により、市長に届出を行い、速やかに資格者証を返還しなければならない。

2 前項の重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届の資格喪失理由が死亡の場合は、同様式の代表相続人の届出及び医療費振込口座の変更について、市長に届け出なければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年 9 月20日規則第22号）

この規則は、平成30年10月 1 日から施行する。

附 則（令和 4 年 3 月31日規則第15号の 2）

この規則は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

別記

第 1 号様式 (第 4 条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住所 垂水市

氏名

(続柄) (電話)

対象者	住所	垂水市								
	氏名		男・女	生年月日	年	月	日			
	障害の状況	身体障害者の状況	身体障害者手帳	県 第 号 年 月 日交付						
		障害の程度	種 級	範囲	肢・視・聴・言・内・知・合併					
	障害の状況	知的障害の状況	療育手帳	県 第 号 年 月 日交付						
障害の程度		知能指数	判定年月日	年	月	日判定				
保護者	氏名									
	住所						対象者との続柄			
対象者に係る加入医療保険	保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)後期高齢者・地公								
	被保険者証	記号								
		番号								
	被保険者の氏名					対象者との続柄				
	保険者名称					付加給付	有・無			
保険者所在地										
振込先金融機関	名称	銀行・金庫 組合・農協	預金種別	普・当	申請した医療費助成金は、左記預金口座へ振替を依頼します。					
		支所 支店	口座番号 (フリガナ) 口座名義人					氏名	印	
受給資格証		記号				番号				
		垂福(肢・視・聴・言・内・知・合併)				第 号				
※この欄は市において記入	該当	該当 ・ 非該当 の別	受付年月日	年	月	日	決裁欄			
	非該当		決裁年月日	年	月	日	所長	次長	係長	係
			交付年月日	年	月	日				
			開始年月日	年	月	日				

注 記名に代えて署名することができます。

こども医療費助成担当
15歳以下の児童の場合

第2号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録台帳（後期高齢者以外）

(身体障害者・知的障害者・重複障害者)

受給資格者 証番号	資格取得 年月日	対象者			保護者		対象者に係る医療保険				備考		
		氏名	生年月日	障害の 種類・程度 (IQ)	氏名	住所	被保険者又は組合員 保険の種類	保険証 記号・番号	氏名	対 象 者 の 姓 名		付加給付 の有無	保 険 名 称

第3号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録台帳（後期高齢者用）

(身体障害者・知的障害者・重複障害者)

受給資格者 証番号	資格取得 年月日	対象者			保護者		対象者に係る医療		備考
		氏名	生年月日	障害の 種類・程度 (IQ)	氏名	住所	受給者 証番号	発行機関名 (市町村名)	

垂水市重度心身障害者医療費助成金受給者資格者証			
受給資格者番号			
対象者	氏名		
	住所		
	生年月日		
保護者	氏名		
	住所		
加入保険	記号・番号	被保険者名	
	保険者名称		
資格取得年月		年 月 日 から有効	
年 月 日 交付			
垂水市長 印			

注意事項	
1	この証は、重度心身障害者医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。
2	市に助成金の支払申請書を提出するとき又は助成金の支払いを受けるとき又は助成金の支払いを受けるときは必ずこの証を提示してください。
3	次に書いてあることが生じたときは必ず届出てください。 (ア) この証の記載事項に変更が生じたとき。 (イ) 対象者が生活保護法による保護を受けるようになったとき。 (ウ) 対象者が当市から転出又は死亡したとき。

第5号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号（ ）

重度心身障害者医療費助成金受給資格者証を 紛失 ・ 破損 したので、再交付を申請します。

受給者	受給資格者証番号	記号	垂福	番号	
	氏 名		男 女	生年月日	年 月 日
	住 所				申請者 との続柄
	加入医療 保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・後期高齢者・地公			
	記号番号				
	保険者名				

※この欄は 市において記入	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

注 記名に代えて署名することができます。

第6号様式（第6条関係）

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届											
								年	月	日	
垂水市長 殿											
届出者 住所 垂水市 氏名											
次のとおり登録事項を変更したいので、届け出ます。											
受給資格者番号		記号		垂福		番号					
登 録 事 項											
旧											
新											
変更の内容	対象者	氏名									
		住所									
	保護者	氏名									
		住所									
	医療保険	保険の種類		健保(政管・日雇・組合)・船保 国公・私学・国保(若人・退職) 後期高齢者・地公		健保(政管・日雇・組合)・船保 国公・私学・国保(若人・退職) 後期高齢者・地公					
		記号・番号									
		保険者の名称									
	振込先	金融機関名称		銀行・金庫 組合・農協		支所 支店		銀行・金庫 組合・農協		支所 支店	
				預金種別 普・当		口座名義人(カナ)		預金種別 普・当		口座名義人(カナ)	
				口座番号				口座番号			
その他 ()											
変 更 年 月 日					年 月 日						
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情											
※この欄は市に	決 裁	所長		次長		係長		係		受 付	年 月 日
										決 裁	年 月 日
										交 付	年 月 日

注 記名に代えて署名することができます。

第7号様式（第7条関係）

重度心身障害者医療費助成金支給申請書
(後期高齢者以外用)

年 月 日

垂水市長 殿

申請者氏名		対象者氏名(続柄)	
申請者住所	垂水市		
障害の別及び受給資格者証	・身体障害者・知的障害者・重複障害者	垂 福 第	号
加入保険	被保険者氏名	記号・番号	
他の世帯員の 受診状況	氏名	病院名	支払金額 円
	氏名	病院名	支払金額 円
高額療養費支給回数	回	対象者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが、医療機関等で記入願います。）

診療月	年	月	分	患者氏名
療養の給付 総点数	入院		点	療養の給付 に係る一部 負担金
	外来		点	入院 外来
	薬剤一部 負担金	—		薬剤一部 負担金
訪問看護療養費			円	訪問看護療養費に係る基本手数料 円
うち他法制度負担分			点	証明手数料の徴収 有（ 円）・無
保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職・老人)・地公			傷病発生原因 第三者・その他
処方箋を交付した医療機関の名称				
年 月 日				
医療機関等の所在地				
" 名称				
開設者氏名				

※支給決定伺（この欄は市で記入します。）

決 裁 欄	所 長	次 長	係 長	係	台 帳	
区 分	一部負担金又は 基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額そ 他の控除額 C	自己負担額 (A - B - C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D + E)
入 院	円	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円	円
薬 剤	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計						円

注1 この申請書を提出されるときは、受給資格者証を持参ください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

(裏面)

注意

- 1 「他の世帯員の受診状況」欄は、同一世帯の中で同月内に21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合について記入してください。
- 2 「高額療養費支給回数」欄は、過去12月に同一世帯の中で21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合、その回数を記入してください。
- 3 「医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1月分をまとめて記入してもらってください(なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください)。
- 4 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して24月以内に行ってください。
- 5 この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。
- 6 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関等へお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。
また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。

第8号様式（第7条関係）

重度心身障害者医療費助成金支給申請書

（後期高齢者用）

年 月 日

垂水市長 殿

申請者氏名	対象者氏名(続柄)
申請者住所	垂水市
障害の別及び受給資格者証	・身体障害者・知的障害者・重複障害者 垂福 第 号
加入保険	被保険者氏名 記号・番号

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが、医療機関等で記入願います。）

診療月	年 月 日分(年 月 日～ 年 月 日)					
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療総点数	入院	点	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金	入院	区分 金額	一般・低所得・低所得かつ老福年金・特定疾患 円
	外来	点	医療に係る一部負担金	外来	区分 金額	病200・病200未満・診定率・診定額(円× 回) 円
訪問看護療養費		円	訪問看護療養費に係る基本手数料	区分 金額	定率制・定額制(円× 日) 円	
うち他法制度負担分		点	証明手数料の有無 有(円)・無			
処方せんを交付した医療機関の名称						
年 月 日						
医療機関等の所在地						
" 名称						
開設者氏名						

※支給決定詞（この欄は市で記入します。）

決 裁 欄	所 長	次 長	係 長	係	台 帳	
区 分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担額 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D+E)
入 院	円	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円	円
薬 剤	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計						円

注1 この申請書を提出されるときは、受給資格者証を持参ください。

2 記名に代えて署名することができます。

(裏面)

注意

- 1 「医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1月分をまとめて記入してもらってください（なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください。）。
- 2 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して24月以内に行ってください。

医療機関等へお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。
また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。

第9号様式（第8条関係）

年 月 日

《振込金融機関名及び振込口座》

振込金融機関名	口座番号

(個人情報保護のため、口座番号の下3桁は「*」で表示しています。)

様

垂水市長



《支給額内訳》

重度心身障害者医療費助成金 支給・申請却下 決定通知書

上記のことについて、下記のとおり支給(申請却下)を決定したので、通知します。

医療機関等名	診療月	支給額
	年 月	

記

- 1 支給決定
 - (1) 受付期間

年 月 日 から 年 月 日
(この期間は、申請書を受け付けた期間であり、診療期間ではありません。)
 - (2) 支給額 円
 - (3) 振込日 年 月 日

- 2 申請却下決定
却下理由

第10号様式（第9条関係）

重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届

年 月 日

垂水市長 殿

届出人 住 所
氏 名
電 話 番 号 ()

次の理由により、重度心身障害者医療費助成受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給資格者氏名	受給者番号	資格喪失年月日
	垂福 第 号	年 月 日
理 由	1 他市町村への転出 (転出先:) 2 医療保険の被保険者・被扶養者の資格喪失 3 死亡 4 生活保護の受給 5 その他 ()	
備 考		

※資格喪失理由が死亡の場合は、以下をご記入ください。

代表相続人の届出及び医療費振込口座の変更について

被相続人に係る医療費を受理する代表者として、次のとおり届け出ます。

代表相続人氏名	被相続人との続柄	住 所	
振込先金融機関名		口座名義人(カナ)	預金種別 口座番号
銀行・金庫 組合・農協	支店 支所		普通・当座

私は、代表相続人の届出及び医療費振込口座の変更に関し、垂水市重度心身障害者医療費助成条例を遵守致します。

また、この件に関して第三者と何らかのトラブル等が生じた場合も自己の責任において対処するものとし、貴市には一切迷惑をかけないことを誓います。

年 月 日

垂水市長 殿

代表相続人氏名

※この欄は市において記入	決	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
	裁					決 裁	年 月 日