

○酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則

平成27年7月24日

規則第22号

(趣旨)

第1条 この規則は、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例（昭和48年酒々井町条例第20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。

(受給券の交付申請)

第2条 条例に基づきの医療費助成を受けようとする者（以下「受給権申請者」という。）は、酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書（別記第1号様式）により町長に申請しなければならない。

2 前項の規定により申請するときは、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。ただし、公簿等により確認することができるときは、省略することができる。

- (1) 医療保険法各法（健康保険法（大正11年法律第70号）その他の法律をいう。）による被保険者証又は組合員証（以下「被保険者証等」という。）の写し
- (2) 市町村民税額を証する書類
- (3) 身体障害者手帳若しくは療育手帳又は児童相談所若しくは知的障害者更生相談所の判定書の写し

(受給券の交付決定及び却下)

第3条 町長は、前条第1項の規定による申請があった場合は、受給券の交付資格の有無を審査し、受給資格があると決定したときは、重度心身障害者（児）医療費助成受給券（別記第2号様式。以下「受給券」という。）を交付し、受給資格がないと決定したときは、酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付却下通知書（別記第3号様式）により受給権申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により受給券の交付を受けた者（以下「受給権者」という。）がその資格を喪失したときは、速やかに受給券を町長に返還しなければならない。

3 受給権者が受給券を汚損し、又は紛失したときは、酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書（別記第4号様式）を町長に提出して受給券の再交付を受けなければならない。

4 受給権者は交付申請の記載内容に変更が生じたときは、酒々井町重度心身障害者医療費受給資格変更届（別記第5号様式）に受給券を添えて、町長に届け出なければならない。

5 町長は、受給券の自己負担金その他の記載事項を変更する必要があるときは、受給券を変更交付するものとする。

(助成の方法)

第4条 町長は、受給権者が保険医療機関において受給券及び被保険者証等を提示した場合には、保険医療機関の請求に基づき、受給権者に助成すべき額を当該保険医療機関へ支払うものとする。

2 前項の規定にかかわらず疾病、負傷等が第三者行為等によって生じたものであり、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部について損害賠償を受けることができるときは、その限りにおいて助成しないものとする。

3 疾病、負傷等が他の法令等により、国、地方公共団体又は独立行政法人日本スポーツ振興センターによる医療に関する給付制度の対象となるものである場合には、当該制度を優先適応させるものとする。

4 第1項の規定による支払がなされたときは、受給権者に対し助成を行ったものとみなす。

5 受給権者が、第1項の規定によらずに、保険医療機関で保険給付の対象となる医療費を支払った場合で助成を受けようとするときは、酒々井町重度心身医療費助成金給付請求書(別記第6号様式)に次の各号に掲げる書類を添えて町長に請求しなければならない。

(1) 受給券

(2) 被保険者証等の写し

(3) 医療内容の明細のある領収書又は医療機関等が発行した酒々井町重度心身障害者医療費受領証明書(別記第7号様式)

(4) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(助成金の交付)

第5条 町長は、前条第5項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、助成の可否及び助成額を決定し、酒々井町重度心身障害者医療費助成金給付決定・却下通知書(別記第8号様式)により当該請求をした者に通知するものとする。

(受給券の有効期間及び更新)

第6条 受給券の有効期間は、第2条第1項の規定による申請又は第3条第4項の規定による届出(自己負担金の変更があった場合に限る。)があった日の属する月の翌月の初日から始まり、毎年7月31日に終了する。ただし、出生児又は県外からの転入者の場合は、誕生日又は転入日から始まるものとする。

2 町長は、受給券の有効期間が終了した後、引き続き受給資格を有する者に対しては、有効期間が終了する日の翌日をもって受給券の更新を行うものとする。この場合において、受給者は、更新前の受給券を返納しなければならない。

3 前項の更新を行う場合は、町長は、毎年7月1日現在の受給権者の属する世帯の市町村民税額を確認し、自己負担金を決定するものとする。この場合において、受給権者は、当該年の1月1日現在、他市町村に住所を有していたときは、市町村民税額を証する書類を提出しなければならない。

(受給資格の喪失)

第7条 受給権者は、死亡し、又は受給権者でなくなったときは、当該事由の発生した日をもって、受給資格を喪失する。

(受給券の返納)

第8条 受給権者は、前条の規定により受給資格を喪失した場合は、速やかに受給券を添えて酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券返納届（別記第9号様式）により、町長に届け出なければならない。

(補則)

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成27年8月1日から施行する。ただし、第2条及び第3条の規定は、公布の日から施行する。

(酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する規則の廃止)

2 酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則（昭和63年酒々井町規則第14号。以下「旧規則」という。）は、廃止する。

(子ども医療費助成の優先適用)

3 この規則における受給権者で酒々井町子ども医療費の助成に関する規則（平成22年酒々井町規則第5号。以下「子ども医療費助成規則」という。）に規定する助成対象者である場合は、子ども医療費助成規則第4条第3項の規定にかかわらず子ども医療費助成規則に基づき助成するものとする。

(経過措置)

4 この規則は、平成27年8月1日以後に重度心身障害者が受けた医療について適用し、平成27年7月31日以前の医療費については、なお従前の例による。

- 5 旧規則第3条の規定により重度心身障害者医療費受給資格証明書の交付を受けている者は、第2条の規定による受給券の交付申請があったものとみなし、受給券を交付する。
- 6 平成27年7月31日以前に適用された酒々井町子ども医療費の助成に関する規則その他の公費負担制度がある場合、その公費負担制度を優先するものとする。

別 記

第1号様式 (第2条)

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

受給権申請者氏名 (保護者)

印

酒々井町重度心身障害者医療費に関する条例施行規則第2条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

受給権申請者	住 所	
	氏 名	(電 話) (生年月日: 年 月 日)
	※個人番号	

通知先 (※受給権申請者住所と同一の場合は記入の必要はありません)

住 所 ・ 電 話	氏 名	受給権申請者との関係
住 所		
電 話		

加入健康保険	保 険 者 名	
	記 号 ・ 番 号	
	資格取得年月日	

同一保険加入者 (全員)	※個人番号

身体障害者	障害等級	種 級	身体障害者手帳番号	都道府県第 号
知的障害者	障害程度		療育手帳番号	第 号

振 込 先 (償還払いで使います)	銀行 支店	口座番号
	普通・当座	
	氏名	フリガナ

同 意 書	
酒々井町重度心身障害者医療費助成に関する審査に必要な私の世帯の状況を酒々井町の公簿から確認することに同意します。また、私が加入している健康保険に重度心身障害者医療費に関する情報を提供すること、及び保険者が保有する情報の提供を受けることに同意します。	
受給権申請者 (保護者)	印
世帯員	印

受給券の有効期間は、毎年8月1日から7月31日までの1年間となりますので、受給権申請者の課税状況調査後、毎年7月下旬に町から受給券を交付します。

※ 個人番号についてはお手元に個人番号が届いた時点以降にご記入ください。

(表)

重 度 心 身 障 害 者 (児) 医 療 費 助 成 受 給 券

公費負担者番号																				
受給者番号																				
対象者	住 所																			
	氏 名																			
	生年月日																			
有 効 期 限																				
自己負担金	通 院																			
	入 院																			
	保険調剤																			
	入院時食事療養費																			
酒々井町長																				

(裏)

注 意 事 項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関(保険調剤薬局、接骨院等を含む)に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担区分を一旦支払い、その後に酒々井町の窓口で償還の手続きをしてください。後日、酒々井町より助成額をお支払いいたします。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1か月に自己負担額が(80,100円+(総医療費-267,000円)×1%)を超える場合は、超えた額について医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
- 4 更生医療、育成医療等、他の医療給付の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツセンター振興センターの災害救済給付の対象となる場合は、この受給券を使用することができません。
- 6 次のような変更があった場合は、すみやかに酒々井町に届け出てください。
 - (1) 酒々井町外へ転出するとき。(受給券を添付)
→ 転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険が変更したとき。(受給券と新しい保険証を添付)
 - (3) 住所を変更したとき。(受給券と住民票を添付)
 - (4) 氏名を変更したとき。(受給券と戸籍抄本を添付)
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(受給券と変更事項を証明する書類を添付)
- 7 有効期間が過ぎた場合は、本券を返却してください。
- 8 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は酒々井町による過払いが生じた場合には、後日、酒々井町による返還請求させていただきます。
- 9 お問い合わせ先 酒々井町健康福祉課 043(496)1171

第3号様式(第3条第1項)

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付却下通知書

年 月 日

様

酒々井町長 印

貴殿から申請のあった酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券交付申請について、
次の理由により却下します。

記

却下の理由

第4号様式(第3条第3項)

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

申請者 住所

氏名

印

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり受給券の再交付申請をします。

再 交 付 理 由		
受給権者	住 所	
	氏 名	
保 護 者	住 所	
	氏 名	
公費負担者番号		
受給者番号		

第5号様式(第3条第4項)

酒々井町重度心身障害者医療費受給資格変更届

年 月 日

(あて先)酒々井町長

届出人 住所

氏名

印

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり届出します。

受給権者名				
公費負担者番号		受給者番号		
受給権者	氏名	新		
		旧		
	住所	新		
		旧		
保護者 (通知先)	氏名	新		
		旧		
	住所	新		
		旧		
健康保険の変更	名称			
	記号 番号			
	取得	年	月	日

健康保険が変更になった場合は健康保険証の写しを添付してください。

銀行名	支店名	フリガナ 口座名義	口座番号

銀行口座変更の場合は通帳の写しを添付してください。

その他	
-----	--

第6号様式(第4条第5項)

酒々井町重度心身障害者医療費助成金給付請求書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

請求者 住所

氏名

印

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月分重度心身障害者医療費の支給を受けたいので、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第4条第5項の規定により、別添の書類を添えて請求します。

振込先(*口座の変更を希望される方はご記入ください。)

銀行名	支店名	口座名義	口座番号

町処理欄

保険診療 自己負担額	証明経費	食事療養費	薬剤負担金	付加給付額 又は高額医療給付額	支給決定額

第7号様式(第4条第5項)

酒々井町重度心身障害者医療費受領証明書				
			年 月 日	
(あて先)酒々井町長				
(医療機関名)				
所在地				
名称				
氏名				
印				
重度心身障害者医療費を次のとおり受領したことを証明する。				
年 月 診療分				
受給資格者氏名				
公費負担者番号				
受給者番号				
診療日数	日			
	社会保険	国民健康保険	後期高齢者医療保険	
入院	保険総点数 又は金額	点	点	点
	公費負担	有・無	有・無	有・無
	食事療養費 標準負担額	円	円	円
外来	保険総点数 又は金額	点	点	点
	公費負担	有・無	有・無	有・無
	薬剤費一部 負担額	円	円	円
証明経費	円			

備考

本受領証明書は、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例に基づき、重度心身障害者が負担する保険医療費の助成を受けるにあたり酒々井町へ提出するものです。

第8号様式(第5条)

酒々井町重度心身障害者医療費助成金給付決定・却下通知書

年 月 日

様

酒々井町長

印

次のとおり重度心身障害者医療費の支給を決定・却下したので通知します。

支給決定事項	年 月 (町受付分)
支給決定額	円
金融機関振込日	年 月 日

却下の理由

第9号様式(第8条)

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券返納届

年 月 日

(あて先)酒々井町長

住 所
氏 名 印

個人番号

以下の事由のとおり受給資格を喪失したので、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第8条の規定により、酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券を返納します。

受 給 者	
喪 失 事 由	
喪 失 日	年 月 日

別記第1号様式 (第2条)

第2号様式 (第3条第1項)

第3号様式 (第3条第1項)

第4号様式 (第3条第3項)

第5号様式 (第3条第4項)

第6号様式 (第4条第5項)

第7号様式 (第4条第5項)

第8号様式 (第5条)

第9号様式 (第8条)