

改正

平成28年3月31日規則第30号

平成30年3月29日規則第16号

大和高田市精神障害者医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、大和高田市精神障害者医療費助成条例（平成26年条例第23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。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条第1項に規定する規則で定める社会保険各法は、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(市長が定める助成金控除額)

第3条 条例第5条第4号に規定する額は、健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 外来療養である場合 500円
- (2) 入院療養である場合 1,000円（14日未満の入院療養である場合は、500円）

(証明書の交付申請)

第4条 条例第6条第1項の規定による証明書の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、精神障害者医療費受給資格証交付申請書兼受給資格等異動届出書（様式第1号。以下「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 条例第2条第1項第3号及び第4号に該当することを明らかにすることができる書類
- (2) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく被保険者証若しくは被保険者資格証明書又は社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証若しくは加入者証
- (3) 精神障害者保健福祉手帳

(4) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第54条第3項に基づく自立支援医療受給者証（精神通院）の交付を受けた者にあつては、自立支援医療受給者証（精神通院）

2 市長は、前項の規定により申請書に添えなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

（証明書の交付）

第5条 申請書を受理した市長は、申請者が対象者であると認めるときは条例第6条第1項の規定により精神障害者医療費受給資格証（様式第2号。以下「受給資格証」という。）を交付するものとし、対象者であると認められないときはその理由を付し、精神障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書（様式第3号）を交付するものとする。

2 市長は、申請書の提出がない場合においても、対象者であると認めるときは、前項の規定に準じて受給資格証を交付することができる。

3 受給資格証の交付を受けた者（以下「受給資格者」という。）は、受給資格証の有効期間が満了した場合には、当該受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。

4 受給資格者は、医療機関等において医療を受ける際は受給資格証を提示しなければならない。

（受給資格証の更新申請等）

第6条 受給資格証の有効期間は、受給資格証交付の日から同日以後最初の7月31日又は精神障害者保健福祉手帳の有効期限のいずれか早い日までとする。

2 受給資格者は、受給資格証の更新を受けようとするときは、前項に規定する受給資格証の有効期限までに、精神障害者医療費受給資格証更新申請書（様式第4号）に第4条第1項各号に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

3 第4条第2項及び前条の規定は、前項の規定による受給資格証の更新申請があつた場合について準用する。

（受給資格証の再交付）

第7条 受給資格者は、受給資格証を破損し、又は失ったときは、申請書により市長に再交付を申請することができる。

2 受給資格証を破損した場合の前項の申請書には、当該受給資格証を添えなければならない。

3 受給資格者は、受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは、直ちにこれを市長に返納しなければならない。

（支給方法）

第8条 条例第5条の規定により助成金の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費助成金交付請求書（様式第5号）に領収書その他自己負担金を条例第6条第2項に規定する保険医療機関又は保険薬局（以下「医療機関等」という。）で支払ったことが明らかとなるものを添えて、市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、受給資格者が奈良県内の医療機関等で診療を受ける際に受給資格証を提示した場合において、当該医療機関等から提供される情報に基づき奈良県国民健康保険団体連合会から市長に当該診療に係る自己負担金その他助成金の算定に必要な事項が通知されたときは、受給資格者から市長に前項の規定による請求書の提出があったものとみなす。

（助成金の交付）

第9条 市長は、前条の規定による請求書の提出があったときは、その内容を審査の上、適当と認めるときは助成金を交付するものとし、不適当と認めるときは精神障害者医療費助成金交付請求却下通知書（様式第6号）により通知するものとする。

（届出）

第10条 条例第7条に規定する規則で定める事由は、次に掲げるものとし、申請書に受給資格証を添えて、市長に届け出なければならない。

- （1） 住所又は氏名を変更したとき。
- （2） 条例第5条に規定する医療に関する給付を行う保険者又は共済組合に変更が生じたとき。
- （3） 条例第2条第1項第3号又は第4号に規定する者に該当しなくなったとき。
- （4） 精神障害者保健福祉手帳の障害等級に変更があったとき。
- （5） 対象者が死亡したとき。

（受給資格、者台帳の整備）

第11条 市長は、受給資格者について精神障害者医療費受給資格者台帳（様式第7号）を作成し、常に記載内容について整理しておかななければならない。

（補則）

第12条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日規則第30号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年3月29日規則第16号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第4条関係及び第10条関係）

精神障害者医療費受給資格証交付申請書兼受給資格等異動届出書

対象者	フリガナ	住所
	氏名	
	男・女	
配偶者	生年月日	住所
①扶養義務者	氏名	住所
	対象者との続柄	

所得状況	対象者	配偶者	扶養義務者	
氏名				
個人番号				
② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 うち㉞70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族 ①特定扶養親族 ㉞扶養親族(16歳以上19歳未満の者)	人 (うち㉞人) 人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人) 人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人) 人 (うち㉞人)	
③ 所得額	円	円	円	
④ 控除内訳	雑損控除	円	円	
	医療費控除	円	円	
	社会保険料控除	円	円	
	小規模企業共済等掛金	円	円	
	配偶者特別控除	円	円	
	障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人 円	人 円	人 円
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	円 障・特障・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤	円 障・特障・勤	円 障・特障・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円	
※ 控除後の所得額	円	円	円	

加入医療保険	被保険者氏名	対象者との続柄	住所
	⑤保険種別	国(町村・退・組) 本人 被保険者証の記号番号 健(敏・組・日) 船・共 家族	
	保険者番号及び名称		

⑥交付申請事由	1 精神障害者になったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 その他() (交付事由発生年月日)
※ 審査	認定・却下
上記のとおり精神障害者医療費受給資格証の交付及び精神障害者医療費助成金の支給を申請します。 異動事由(資格取得・保険変更・住所変更・証再交付・資格喪失()・その他()) 年 月 日 申請者 住所 大和高田市長 様 氏名 印	

手帳判定()級 番号() 交付日() 手帳コピー添付

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

(裏面)

精神障害者医療費受給資格の申請及び精神障害者医療費助成金の支給にあたり、以下のことを確認し、同意します。

- ・本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧し、使用すること。
- ・療養の給付に係る自己負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し、市長に提出すること。
- ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

年 月 日

大和高田市長 殿

申請者 住所
氏名

印

なお、助成金は次の口座に振り込んでください。

年 月 日

大和高田市長 殿

申請者 住所
氏名

印

口座 振替 依頼欄	金融機関名		銀行 信金・信組 農協		本店 支店 出張所			
	金融機関コード				店舗コード			
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号					
	口座名義人		フリガナ					

(委任状)

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。

精神障害者医療費助成金の受領に関すること。

(申請者) 住所
氏名

印

(代理人) 住所
氏名

印

様式第2号 (第5条関係)

(表)

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">精</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">精神障害者医療費受給資格証</div>		
公費負担者番号		
受給者番号		
受給者	住所	奈良県大和高田市
	氏名	
	生年月日	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
発行機関名 及び印	奈良県 大和高田市長	
交付年月日	年 月 日	
(注) 奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って市役所窓口へ直接申請してください。		

(裏)

ご 使 用 上 の 注 意 事 項

1. この証は、健康保険証を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
2. 奈良県内の医療機関等で受診されるときは、「健康保険証」にこの証を添えて、保険医療機関（病院や診療所や調剤薬局）に必ず提示してください。
3. 奈良県内の保険医療機関で受診されるときは、一旦、保険の自己負担金を支払ってください。診療月から約3ヵ月後に市役所にデータが届きますので、支払った医療費から一部負担金額を差し引いて自動償還払いします。（市役所へ領収書の提出は不要です。年1回資格更新時に振込口座の登録をしてください。）
4. 奈良県外の保険医療機関で受診されるときは、一旦保険の自己負担金を支払い、精神障害者医療費助成金交付請求書（市役所にあります）に領収書を添付して申請してください。添付する領収書は、受診者名、受診年月日、保険点数、保険適用金額、発行医療機関名、領収印の記載のあるものに限ります。
5. 住所、氏名、健康保険証に変更のあったときは、14日以内に市長に届け出てください。
6. 高額療養費の対象となる診療分、コルセット装着の療養費払いの請求については、事前に問い合わせてください。
7. 次の場合は、この証を速やかに市長に返してください。
 1. 転出された場合
 2. 有効期間が満了した場合
 3. 保険の資格がなくなった場合
 4. その他受給要件に該当しなくなった場合
8. この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
9. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。

様式第3号（第5条関係）

精神障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

大和高田市長

印

年 月 日付けで申請のあった精神障害者医療費受給資格証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

(理由)

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大和高田市長に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、大和高田市を被告として(訴訟において大和高田市を代表する者は大和高田市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号(第6条関係)

届出日 _____ 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

精神障害者医療費受給資格証更新申請書

精神障害者医療費受給資格証の更新及び精神障害者医療費助成金の支給申請に当たり、以下のことを確認し、同意します。

- ・本受給資格審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用すること。
- ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
- ・療養の給付に係る一部負担金について、高額療養費の支給を受けることができる場合に係る以下の内容
 - (ア) 被保険者証及び精神障害者医療費受給資格証について、医療機関等が写しを徴すること。
 - (イ) 当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴すること。
 - (ウ) 上記について、医療機関等が市長に提出すること。

記

変更 (有・無)

① 現届出 保険	受給者名			
	被保険者名			
	記号・番号			
	保険者名		コード	

変更 (有・無)

② 現届出 口座	金融機関名			
	支店名		口座番号	
	口座名義人			

①、②の内容と変更がある場合は③、④に記入してください。

※加入健康保険・振込口座に変更があれば下記に記入をお願いします。

③ 加入 保険	被保険者名			
	記号・番号			
	保険加入日		年 月 日	加入
	保険者名			
	保険者番号			

④ 振込 口座	金融機関名		コード				
	支店名		コード				
	科目		口座番号				
	口座名義人	(フリガナ)					

(ゆうちょ銀行への振込は振込専用番号を記入してください。)

様式第5号 (第8条関係)

精神障害者医療費助成金交付請求書

大和高田市長 殿

年 月 日

(申請者) 住所 大和高田市
氏名 印
TEL

※金 円

ただし、年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。
なお、上記金額を登録の口座に振り込んでください。

受給資格証 受給者番号	受給者氏名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日生
加入医療保険 名称	加入医療保険 記号 番号	加入医療保険 記号 番号

◎診療月ごとに申請してください。添付する領収書は受診者名・受診日・保険点数・金額・医療機関名・領収印のあるものに限りです。

【医療等の状況】							年 月分	決定 番号 ※	
入 院	医療機関名			医療機関コード					
	日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
	日 (~)	点	円	円	円	円			
外 来 等	①	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	②	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	③	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	④	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	⑤	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
合 計			自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
			円	円	円	円			
※確認欄		保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)			※高額療養費の有無 (限度額)				
※ 決 定				係	決裁年月日	年 月 日			
					交付年月日	年 月 日			
					台帳確認	年 月 日			

※欄は記入しないでください。

様式第6号 (第9条関係)

精神障害者医療費助成金交付請求却下通知書

第 号
年 月 日

様

大和高田市長

印

年 月 日付けで請求のあった精神障害者医療費助成金交付請求については、下記の理由により請求を却下しましたので通知します。

記

(理由)

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大和高田市長に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、大和高田市を被告として(訴訟において大和高田市を代表する者は大和高田市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第7号(第11条関係)

精神障害者医療費受給資格者台帳

精	年齢		福祉管理番号		
受給者番号	宛名番号		個人番号		世帯番号
異動年月日	カナ氏名				生年月日
異動事由	氏名				性別
異動理由	住所				
届出年月日	電話番号		管轄		大和高田市

交付情報					
申請制度			有効期間		
認定制度			通院有効期間		
資格情報					
申請年月日			申請事由		
取得年月日			取得理由		
却下年月日			却下理由		
喪失年月日			喪失事由		
			喪失理由		

資格履歴情報						
受給者番号	状態	制度	有効期間自	有効期間至	通院有効期間自	通院有効期間至

保険情報						
保険者					保険種別	
記号番号		付加給付			保険取得年月日	
被保険者名		続柄			保険喪失年月日	
保険履歴情報						
保険者番号	保険者名	記号番号	取得年月日	喪失年月日		

保護者情報						
宛名番号		個人番号		世帯番号		
カナ氏名				生年月日		
氏名				性別		
住所						
続柄						

手帳情報	手帳区分		等級		障害名	
手帳発行者			手帳番号			
手帳有効期限			手帳交付日			

口座情報						
金融機関			支店			
口座種別		口座番号		口座名義人		

備考情報						