

改正

平成30年3月29日規則第16号

大和高田市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、大和高田市重度心身障害老人等医療費助成条例（平成28年条例第18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。

(市長が定める助成金控除額)

第2条 条例第3条第4号に規定する額は、健康保険法（大正11年法律第70号）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。）又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）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) 14日未満の入院療養である場合 500円
- (3) 14日以上入院療養である場合 1,000円

(受給資格の認定申請)

第3条 条例第3条の規定により助成金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、重度心身障害老人等医療費受給資格認定（更新）申請書（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号又は第2号に該当することを明らかにすることができる書類
- (2) 高齢者医療確保法に基づく被保険者証
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

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。

(受給資格の通知)

第4条 市長は、申請書を受理した場合において、申請者が条例第2条に規定する要件に該当すると認めるときは重度心身障害老人等医療費受給資格認定通知書（様式第2号）を交付するものとし、当該要件に該当しないと認めるときはその理由を付し、重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請却下通知書（様式第3号）を交付するものとする。

(支給方法)

第5条 受給資格認定を受けた者（以下「対象者」という。）は、重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書（様式第4号）及び重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書（様式第5号。以下「請求書」という。）に領収書その他自己負担金を医療機関等で支払ったことを証明するものを添えて、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、奈良県後期高齢者医療広域連合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の通知があったときは、対象者から市長に前項の請求書の提出があったものとみなす。

(助成金の交付)

第6条 市長は、前条の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第2条に規定する区分に応じ、当該区分に定める額を控除した額に相当する額を交付し、不適当と認めるときは重度心身障害老人等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。

(受給資格認定の更新申請等)

第7条 対象者は、毎年7月1日から7月31日までの間に、申請書に第3条第1項各号に掲げる書類を添えて市長に申請するものとする。ただし、現況に変更のない場合は、この限りでない。

2 第3条第2項及び第4条の規定は、前項の規定による更新申請があった場合について準用する。

(届出)

第8条 条例第4条に規定する規則で定める事由は、次に掲げるものとし、その旨を速やかに市長に届け出なければならない。

- (1) 対象者が住所又は氏名を変更したとき。
- (2) 条例第2条に規定する者に該当しなくなったとき。
- (3) 対象者が死亡したとき。

2 対象者が死亡したときは、戸籍法（昭和22年法律第224号）第87条の規定による死亡の届出義務者は、死亡届を市長に提出しなければならない。

(受給者台帳の整備)

第9条 市長は、対象者について重度心身障害老人等医療受給者台帳（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10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3条及び第7条関係）

⑧ 重度心身障害老人等医療費受給資格認定（更新）申請書									
助成対象者	後期高齢者医療 被保険者番号							氏 名	男 女
	後期高齢者医療 被保険者番号							生 年 月 日	年 月 日生

所得状況		①助成対象者	②配偶者及び扶養義務者	
氏 名				
個 人 番 号				
③ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、70歳以上の同一生計配偶者、老人扶養親族、特定扶養親族又は控除対象のうち16～19歳未満の者)の合計) (ひとり親家庭の者で該当する場合のみ記入)		人 (人)	人 (人)	人 (人)
④ ③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童		人		
⑤ 所 得 額		円	円	円
⑥ 金 品 等 の 額		円	円	円
⑦ 控 除	雑 損	円	円	円
	医 療 費	円	円	円
	社 会 保 険 料	円	※ 円	※ 円
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円	円	円
	配 偶 者 特 別	円	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	※ 円	※ 円	※ 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	※ 円	※ 円	※ 円
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・特定の寡婦・勤労学生の別	障・特障・寡・特寡・勤	障・特障・寡・特寡・勤	障・特障・寡・特寡・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
※ 審 査		認 定 ・ 却 下		

⑧ 申 請 事 由	心身障害者の方 該当する番号を○で囲んでください。 (1 については () 内の符号)	1. 身体障害者手帳(イ 1級 ロ 2級)を所持している。 2. 療育手帳のA1又はA2を所持している。
	ひとり親家庭の方 該当する番号を○で囲み、 □内を記入してください。	1. 配偶者のいない女子又は男子で18歳未満の児童を扶養している。 住所 氏 名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入) 2. 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のいない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子 住所 氏 名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)
<p>重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請に関して、申請者及びその扶養義務者の所得を税務当局に照会することに同意し、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印</p> <p>大和高田市長 殿</p>		

様式第2号(第4条関係)

重度心身障害老人等医療費受給資格認定通知書

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重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請
については、次のとおり認定したので通知します。

記

受給資格の認定期間 年 月 日から 年 月 日まで
様式第3号（第4条関係）

重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請却下通知書

第 号

年 月 日

様

大和高田市市長

印

年 月 日付けで申請のあった重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請については、下記の理由により申請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5条関係）

重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書

(表面)

後期高齢者医療 被保険者番号								
(ふりがな) 氏名							男 女	年 月 日 生
住所	(〒 -)							(電話番号 -)
<p>大和高田市長 殿</p> <p>上記のとおり、重度心身障害老人等医療費助成金の支給を申請します。</p> <p>なお、助成金の交付後において、助成金を調整する必要が生じた場合又は市が徴収権を有する医療保険料（税）が滞納となった場合は、次月以降の交付額において相殺、充当することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者） 氏名 印</p>								

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			

(裏面)

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

_____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した重度心身障害老人等医療費助成金の受領に関すること。

申請者（被保険者）の住所及び氏名

_____ 印

代理人の住所及び氏名

_____ 印

様式第5号（第5条関係）

重度心身障害老人等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	年 月 日生
加入医療保険 名称		加入医療保険 記号 番号	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ます。

【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				決裁年月日	年 月 日				
				交付年月日	年 月 日				
				台帳確認	年 月 日				

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

様式第6号 (第6条関係)

重度心身障害老人等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重度心身障害老人等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9条関係）

重度心身障害老人等医療受給者台帳

重 受給者番号	年齢	福祉管理番号	個人番号
異動年月日	宛名番号	個人番号	世帯番号
異動事由	カナ氏名		生年月日
異動理由	氏名		性別
届出年月日	住所		
	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						