

改正

平成10年3月19日規則第11号

平成10年12月1日規則第41号

平成12年12月27日規則第76号

平成17年7月4日規則第30号

平成18年3月31日規則第13号

平成18年11月7日規則第42号

平成20年3月19日規則第10号

平成23年6月29日規則第18号

平成24年12月28日規則第45号

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

大和高田市心身障害者医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、大和高田市心身障害者医療費助成条例（平成8年条例第33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（以下「社会保険各法」という。）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）

(証明書の交付申請)

第3条 条例第4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、心身障害者医療費受給資格証交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に条例第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及び心身障害者に

係る国民健康保険法（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及び身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添えて市長に申請しなければならない。

（証明書等の交付）

第4条 申請書を受理した市長は、申請者が条例第2条に定める要件に該当すると認めるときは、条例第4条第1項の規定により心身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、当該要件に該当しないと認めるときは、その理由を付し、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、前条に規定する申請書の提出がない場合においても、条例第2条に規定する医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、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 市長は、この規則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、当該書類を省略させることができる。

4 受給資格証の交付を受けた者（以下「対象者」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。

（市長が定める助成金控除額）

第4条の2 条例第3条第1項第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）

（支給方法）

第5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は、医療費助成金交付請求書（様式第4号）又は医療費助成金支給申請書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

（受給資格証の更新申請等）

第6条 対象者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、福祉医療費受給資格証更新申請書（様式第6号）に第3条に規定する書類を添え、これを市長に提出して受給資格証の更新を申請することができる。

2 第4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 対象者は、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、その受給資格証を添えなければならない。

3 対象者は、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還しなければならない。

(届出)

第8条 条例第5条に規定する規則で定める事由は、次に掲げるものとし、受給資格等異動届出書(様式第1号。申請書と同様式)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) 対象者が住所又は氏名を変更したとき。

(2) 対象者の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) 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。

(受給資格登録の停止)

第8条の2 市長は、条例第8条に該当する者であることを確認したときは、受給資格登録停止通知書(様式第7号)を交付することができる。

2 市長は、前項により通知を受けた者が同条に該当しなくなったことを確認したときは、受給資格登録停止解除通知書(様式第8号)を交付しなければならない。

(対象者台帳の整備)

第9条 市長は、対象者について心身障害者医療受給者台帳(様式第9号)を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない。

(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

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の大和高田市医療費助成条例施行規則(昭和46年規則第9号)の規定に基づき交付されている医療証等は、当該医療証等の有効期間が満了するまでの間は、こ

の規則の規定により交付された医療証等とみなす。

附 則（平成10年3月19日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行し、平成10年1月1日から適用する。

附 則（平成10年12月1日規則第41号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成12年12月27日規則第76号）

この規則は、平成13年1月6日から施行する。

附 則（平成17年7月4日規則第30号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成17年8月1日から施行する。ただし、第1条中大和高田市乳幼児医療費助成条例施行規則第3条の改正規定（「という。」に）の次に「条例第3条第2項第1号に該当しないことを明らかにすることができる書類及び」を加える部分に限る。）及び第7条第1項の改正規定（第3号を第4号とし、第2号の次に1号を加える部分に限る。）、第2条中大和高田市母子医療費助成条例施行規則第3条の改正規定（第2号を第3号とし、第1号の次に1号を加える部分に限る。）及び第8条第1項の改正規定（第4号を第5号とし、第3号を第4号とし、第2号の次に1号を加える部分に限る。）及び第4条中大和高田市心身障害者医療費助成条例施行規則第3条の改正規定（「という。」に）の次に「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及び」を加える部分に限る。）及び第8条第1項の改正規定（第3号を第4号とし、第2号の次に1号を加える部分に限る。）は、平成18年8月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正後の大和高田市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定、大和高田市母子医療費助成条例施行規則の規定、大和高田市老人医療費助成条例施行規則の規定及び大和高田市心身障害者医療費助成条例の規定は、この規則の施行の日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療費の助成については、なお従前の例による。

（有効期限）

- 3 改正後の大和高田市老人医療費助成条例施行規則は、平成22年7月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに受けた医療に対する医療費の助成については、改正後の大和高田市老人医療費助成条例施行規則は、なおその効力を有する。

附 則（平成18年3月31日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年11月7日規則第42号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月19日規則第10号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成23年6月29日規則第18号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年12月28日規則第45号抄）

（施行期日）

1 この規則は、平成25年1月1日から施行する。

（大和高田市心身障害者医療費助成条例施行規則に関する経過措置）

4 この規則の施行の際、現に改正前の大和高田市心身障害者医療費助成条例施行規則様式第1号、様式第6号又は様式第7号の規定によりなされた申請、届出又は通知は、改正後の大和高田市心身障害者医療費助成条例施行規則様式第1号、様式第6号又は様式第7号の規定によりなされた申請、届出又は通知とみなす。

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3条関係及び第8条関係）

心身障害者医療費受給資格証交付申請書 受給資格等異動届出書

対象者	フリガナ	住所
	氏名	
	生年月日	
配偶者	氏名	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	人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人)	
①特定扶養親族	人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人)	人 (うち㉞人)	
㉞扶養親族(年齢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)	
③ 所得額	円	円	円	
④ 控除内訳	雑損控除	円	円	円
	医療費控除	円	円	円
	社会保険料控除	円	円	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別控除	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	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
	寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別本人の状態にかかる控除	障・特障・寡婦(夫) 寡特・勤 円	障・特障・老・勤 円	障・特障・老 寡婦(夫)寡特・勤 円
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(市町村・退・組) 健(政・組・日)船・共	本人 家族	被保険者証の 記号番号		
	保険者番号及び名称					

⑥交付申請事由	1 障がい手帳取得 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	
上記のとおり届出します。		
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

障がい手帳判定()級 番号() 交付日() 手帳コピー添付
申請に当たり、受給者及び扶養義務者の所得、健康保険の情報を当局に照会することに同意します。

様式第2号(第4条関係)

(表)

心身障害者医療費受給資格証		
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、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4条関係）

医療費受給資格証交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

大和高田市市長 印

年 月 日付けで申請のあった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

様式第4号（第5条関係）

医療費助成金交付請求書

大和高田市 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	

◎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 日 (~)	総点数 点	自己負担支払額 円	高額療養費 円	一部負担金 円	支給額 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 円	高額医療費 円	一部負担金 円	支給額 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5号 (第5条関係)

医療費助成金支給申請書

大和高田市長 殿

受給者番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

(委任状)
 私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
 _____ 年 月 日に請求した助成金の受領に関する事。

(申請者) 住所 _____ 印
 氏名 _____

(代理人) 住所 _____ 印
 氏名 _____

住 所	大和高田市 _____ (TEL _____)
-----	-----------------------------

上記のとおり、医療費助成金の支給を申請します。
 なお、医療費の支給後において、医療費を調整する必要が生じた場合
 次回給付額と相殺又は充当することを承諾します。

_____ 年 月 日

(申請者及び扶養義務者)

氏名

印

口座 振替 依頼書	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
	金融機関コード		店舗コード
	口座番号		普通・当座
	口座名義人	フリガナ	

※ゆうちょ銀行への振込みは振込専用番号が必要です。(通帳コピー添付)

様式第6号 (第6条関係)

届出日 年 月 日

申請者氏名 印

福祉医療費受給資格証更新申請書

福祉医療費受給資格証の更新及び福祉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。
- ・福祉医療費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) 被保険者証及び福祉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7号(第8条の2関係)

様

第 号

年 月 日

受給資格登録停止通知書

大和高田市長 印

現在認定され受給資格証を交付した受給資格について、下記のとおり登録を停止するので通知します。

なお、この決定に不服のあるときは、この通知を受け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。

記

受給者番号		受給者	
助成制度種別	心身障害者医療		
受給資格停止事由			
受給資格停止期間	年 月 日から 上記事項が解消されるまで		

様式第8号（第8条の2関係）

受給資格登録停止解除通知書

第 号
年 月 日

様

大和高田市市長 印

年 月 日第 号で資格停止した受給資格について、停止を解除しますので
通知します。

記

受給者番号		受給者	
助成制度種別			

様式第9号（第9条関係）

心身障害者医療受給者台帳

障	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						