

○芝山町重度心身障害者(児)の医療費助成に関する条例施行規則

平成7年3月28日

規則第3号

改正 平成11年9月24日規則第10号

平成16年6月1日規則第3号

平成25年10月1日規則第18号

(趣旨)

第1条 この規則は、芝山町重度心身障害者(児)の医療費助成に関する条例(昭和48年芝山町条例第25号。以下「条例」という。)第9条の規定に基づき、条例の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(他の法律)

第2条 条例第4条第2項に規定する他の法律とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)
- (2) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)
- (3) その他医療費の一部について本人負担の規定されている法令

(受給者証の交付申請)

第3条 重度心身障害者(児)医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障害者(児)医療費受給者証交付申請書(様式第1号)を町長に提出するものとする。

(受給者証の交付)

第4条 町長は前条の規定による申請書を受理したときは、その適否を審査し、受給資格があると認定したときは、重度心身障害者(児)医療費受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

- 2 前項の受給者証の有効期限は、7月31日とし8月1日に更新する。
- 3 第1項の規定により受給証の交付を受けた者(以下「受給者」という。)はその資格を喪失したときは、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。
- 4 受給者証を汚損し、又は紛失したときは、速やかに重度心身障害者(児)医療費受給者証再交付申請書(様式第4号)により、町長に申請して再交付を受けなければならない。なお受給者は受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに、これを町長に返還しなければならない。

(助成の申請)

第5条 医療を受けた者が当該保険医療機関等に支払った費用の支払を町長に請求しようとするときは、重度心身障害者(児)医療費給付申請書(様式第3号。以下「給付申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添付して町長に提出しなければならない。ただし、次の第3号により医療費の支払が完了していることが確認できるときは、給付申請書の「医療機関証明書」の記載は、必要としないものとする。

- (1) 重度心身障害者受給者証
 - (2) 被保険者証又は組合員証
 - (3) 医療機関等が発行する医療費領収書
 - (4) その他町長が必要と認める書類
- (審査及び書類)

第6条 町長は前条により申請がだされたときは、その内容を審査し適格と確認した場合において受給者又は保護者に給付を行うものとする。

(届出)

第7条 受給者は、氏名、住所、保護者及び加入している医療保険の種類を変更したときは、受給者(氏名、住所、保護者、医療保険の種類)変更届(様式第5号)に受給者証を添付して町長に届け出なければならない。

2 重度心身障害者(児)医療費の支給事由が第三者行為によって生じたものであるときは、重度心身障害者(児)医療費の支給を受け又は受けようとするものは、その事実当該第三者の氏名及び住所並びに被害の状況を速やかに町長に届け出なければならない。

(代理)

第8条 重度心身障害者(児)医療費の助成に関する申請、届出、その他の行為は、本人又は代理人が行うものとする。

(医療機関等における経費)

第9条 町は、申請者から第5条の規定により当該保険医療機関等へ支払った領収書の提出があったときは、当該申請者に対して1件100円を支払うものとする。

附 則

この規則は、平成7年4月1日から施行する。

附 則(平成11年規則第10号)

(施行期日)

この規則は、公布の日から施行し、平成11年4月1日から適用する。

附 則(平成16年規則第3号)

この規則は、公布の日から施行し、第5条のただし書は、医療機関等が平成16年4月1日以降に発行した医療費領収書について適用する。

附 則(平成25年規則第18号)


この規則は、平成25年10月1日から施行する。

様式第1号

重度心身障害者(児)医療費受給者証(交付更新)申請書

受給者	ふりがな				住所		
	氏名						
	生年月日	年	月	日			男・女
保護者	氏名				住所		
	受給者との続柄						
受給者の障害区分	身体障害者(児)	種				級	
	知的障害者(児)	知能指数					
加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	住所		
	保険種別	政・組・船・共・国	被保険者証の記号番号		付加給付の有無	有・無	
	被保険者証発行機関名			所在地			
受給者証交付申請事項	1 障害者(児)として認定されたため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 被用者保険者が被扶養者又は国民健康保険の被保険者となったため 5 その他 (交付事由発生年月日 年 月 日)						
※審査							
上記のとおり重度心身障害者(児)医療費受給者証の(交付更新)を申請いたします。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊟ 様							

様式第2号

 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 重度心身障害者(児) 医療費受給者証 </div>		年 月 日から	
		年 月 日まで	
記号	芝山	番号	
受 給 者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
発行機関名 及び印	千葉県 芝山町		
受付年月日	年 月 日		

様式第3号

重度心身障害者(児)医療費給付申請書

医療機関証明書				
年		月診療分		
患者名		本月診療実日数	入院 日	外来 日
記号番号	芝山 第 号	診療開始日	1 2 3	
保険請求点数 (うち公費負担分)	入院 (点)	外来 (点)		
証明経費 円	食事療養費負担金 食事(円× 日) 円	薬剤負担金 円	その他(特定疾病患者負担額)(調剤負担・老人負担等) 円	
上記のとおり証明します。 年 月 日				
医療機関所在地 名称 氏名 印				

(受給者申請欄)

芝山町長 様		年 月 日		
		住所 芝山町		
		申請者 (受診者) 氏名 印		
受診者 生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成 (歳)	男・女	保護者 氏名	
医療保険	名 称			
	記号番号			

計 算 欄	対象点数	一点当り単価	対象金額	患者負担額
	点	円	円	円
	公費負担額	薬剤負担額	証明経費	食事療養費
	円	円	円	円

支 給 額
円

裏面

委 任 状

年 月 日

住 所 芝山町

氏 名 ①

私は下記の者を代理人と定め重度心身障害者(児)医療費の給付申請給付金受領等に関する一切の権限を委任します。

住 所
代理人 氏 名

①

領 取 書

金 円

上記の金額を領収しました。

年 月 日

住 所
氏 名

①

様

様式第4号

重度心身障害者(児)医療費受給者証再交付申請書			
年 月 日			
芝山町長 様			
		住所	_____
		申請者 氏名	_____ ㊟
次のとおり、受給者証の交付を申請します。			
再交付理由			
受給者	住所		
	氏名		
保護者	住所		
	氏名		
受給者証記号番号		記号	番号

様式第5号

受給者(氏名、住所、保護者、医療保険の種類)変更届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">様</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 届出人 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ </div>					
受給者証記号番号	記号		番号		受給者
変更した欄のみ記入すること。					
受給者	氏名	新		旧	
	住所	新		旧	
保護者	氏名	新		旧	
	住所	新		旧	
加入医療保険の名称、記号、番号		名称		記号・番号	
その他の変更					
変更等の年月日				年 月 日	

様式第1号

様式第2号

様式第3号

様式第4号

様式第5号