

見附市重度心身障害者医療費助成事業に関する要領

平成14年8月20日

告示第88号

見附市重度心身障害者医療費助成に関する要領（昭和62年見附市告示第78号）の全部を次のように改正する。

（趣旨）

第1条 この要領は見附市重度心身障害者医療費助成に関する要綱（昭和62年見附市告示第77号。以下「要綱」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

（所得制限）

第2条 要綱第3条第2項第1号に規定する要領で定める額は、所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する控除対象配偶者及び扶養親族（以下「扶養親族等」という。）の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号）第7条に定める額とする。

2 要綱第3条第2項第2号に規定する要領で定める額は、扶養親族等の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号。以下「施行令」という。）第2条第2項に定める額とする。

（所得の範囲）

第3条 要綱第3条第2項各号に規定する所得は、施行令第4条に定める所得とする。

（所得の額の計算方法）

第4条 要綱第3条第2項第1号に規定する所得の額は、施行令第8条第3項に定めるところによる。

2 要綱第3条第2項第2号に規定する所得の額は、施行令第8条第4項に定めるところによる。

（認定の申請）

第5条 要綱第4条第1項の規定による申請は、重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書（第1号様式。以下「認定兼受給者証交付申請書」という。）に現況届（第2号様式。以下「現況届」という。）、療育手帳又は

身体障害者手帳（要綱第3条第1項第3号に該当するものを除く。）、被保険者証又は組合員証及び要綱第3条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて市長に提出して行うものとする。

- 2 申請者が食事療養若しくは生活療養に係る標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下これらの認定証を「減額認定証」という。）の交付をうけている場合は、前項に掲げる書類に当該減額認定証を添えて提出するものとする。
- 3 市長は、第1項から第3項に定める申請書に添えて提出する書類により証明すべき事項を公簿等によつて確認することができるときは、当該書類等を省略させることができる。

（受給者証の様式等）

第6条 要綱第5条に規定する受給者証の様式は、第3号様式とする。

- 2 市長は、受給者証を交付したときは重度心身障害者医療費受給者証交付台帳（第4号様式）に記入するものとする。

（受給者証の有効期間）

第7条 受給者証の有効期間は、9月1日から翌年の8月31日までとする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、この限りではない。

- 2 前項の規定にかかわらず、最初に交付される受給者証の有効期間は受給者証が交付された日の属する月の翌月の初日から最初に到来する8月31日までとする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、この限りではない。

（受給者証の更新）

第8条 要綱第6条の規定による更新は、受給者証の有効期間の満了の1月前までに、現況届に療育手帳又は身体障害者手帳（要綱第3条第1項第3号に該当するものを除く。）、被保険者証又は組合員証、要綱第3条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて市長に提出して行うものとする。ただし、受給者が受給者証の有効期間満了時においても引き続き対象者であると確認したときは、毎年8月31日までに受給者証を更新するものとする。

- 2 前項に規定する更新は、第5条第2項及び第3項の規定を準用する。
- 3 市長は、第1項に規定する届出及びこれに添えて提出する書類により証明す

べき事項を公簿等によつて確認することができるときは、当該書類等を省略させることができる。

(却下通知書の様式)

第9条 要綱第7条の却下通知書の様式は、重度心身障害者医療費受給資格申請却下通知書（第5号様式）のとおりとする。

(助成の停止の通知)

第10条 市長は要綱第8条に規定する助成停止通知書の様式は、重度心身障害者医療費助成停止通知書（第6号様式）のとおりとする。

(受給者証の再交付)

第11条 受給資格者は、受給者証を破損し、汚損し、又は亡失したため再交付を希望するときは、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書（第7号様式）を市長に提出して受給者証の再交付を受けなければならない。

(助成の申請)

第12条 受給資格者は、要綱第10条第1項本文の規定による助成を受けようとするときには、県障医療費助成申請書（第8号様式又は第8号の2様式）を市長に提出しなければならない。ただし、あらかじめ、市長と協定等を締結している柔道整復師の施術を受け、当該柔道整復師に重度心身障害者医療費の受領を委任する場合は、県障医療費助成申請書に代えて、県単医療費助成申請書（第9号様式）を提出するものとする。

(助成の決定の通知)

第13条 市長は前条の助成申請書の内容を審査し、当該申請に係る助成金の額を決定したときは重度心身障害者医療費支給決定通知書（第10号様式）により申請者に通知するものとする。ただし、前条のただし書の場合は、申請者への通知を省略することができるものとする。

(受領の手続き)

第14条 受給資格者は、医療を受けようとするときは、当該保険医療機関等に被保険者証又は組合員証、受給者証を提出しなければならない。

2 受給資格者は、要綱第9条第3項の規定による療養を受ける場合には、前項に掲げる書類に減額認定証を添えて提示しなければならない。

(変更届)

第15条 要綱第11条に規定する届出は、重度心身障害者医療費受給者変更届（第11号様式）又は重度心身障害者医療費受給者被害届（第12号様式）に受給者証を添えて市長に提出して行うものとする。

(受給者証の返還)

第16条 要綱第12条の規定による受給者証の返還は、重度心身障害者医療費受給資格喪失届（第13号様式）に受給者証を添えて市長に提出して行うものとする。

附 則

この要綱は、平成14年9月1日から施行する。

第1号様式(第5条関係)

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当者	受付	平成	年	月	日
					伺	平成	年	月	日
					決裁	平成	年	月	日
受給資格 の判定	要	重度心身障害者医療費助成対象者と認定し受給者証を交付してよろしいか。				否(理由)			

重度心身障害者医療費受給資格
認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
世帯主氏名		本人との続柄					
住所	見附市						
障害 者手帳	身体障害	交付年月日	交付番号	障害名	等級		
					級		
内 容	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定 (有期限)		
				A・B	有・無 ()		
	その他						
加入 医 療 保 険 証 等	保険種別					本人・家族	
	被保険者氏名			記号 番号			
	保険者名			所在地			
	標準負担額減額認定証等の有無			有・無			

上記のとおり 身体障害者手帳
療育手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。
年 月 日

住 所
申請者
氏 名
(本人との続柄 印)

(あて先)見附市長
(注) 記名押印に代えて署名することができます。

第2号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費現況届			
	(助成対象者)	(扶養義務者等)	
控除対象配偶者及び扶養義務者の合計数 (うち、老人扶養親族の数) *助成対象者については (ア 老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数) (イ 特定扶養親族の数)	人 (ア 人) (イ 人)	人 (人)	
所得額	円	円	
諸 控 除	雑損控除	円	円
	医療費控除	円	円
	小規模企業共済等掛金控除	円	円
	配偶者特別控除	円	円
		円	円
	控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める障害者(特別障害者を除く。)である者の数	人 円	人 円
	控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である者の数	人 円	人 円
	助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦(寡夫)・寡婦特例・勤労学生の特例(扶養義務者については障害者・特別障害者も含む)	寡・寡特・勤	障・特障 寡・寡特・勤
	社会保険料等相当額	円	円
	控除合計額	円	円
控除後の所得額	円	円	
所得制限額	円	円	
所得制限の該当・非該当の別	該当・非該当	該当・非該当	

上記のとおり、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。また、受給者証の交付要件確認のため、私と私の扶養義務者の住民基本台帳及び市民税課税台帳等の公簿等を確認し、または関係部局に報告を求めることに同意いたします。

年 月 日

住所
届出者
氏名

印

(あて先)見附市長

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

第3号様式（第6条関係） (表)

見附市 医療費受給者証	
県 障	公費負担者番号 6 1 1 5
	受給者番号
	保険者
受給者	住 所
	氏 名 男 ・ 女
	生年月日 年 月 日
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関	新潟県 見附市長 印
交付年月日	年 月 日

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口へ提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 3 一部負担金について
外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときには当該額)を支払ってください。
入院の場合は、1日につき1,200円を支払ってください。
訪問看護の場合は、1日につき250円を支払ってください。
なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに見附市に届け出てください。
 - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
 - (2) 加入している医療保険を変更したとき。
 - (3) 食事療養(生活療養)標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
 - (4) 障害の程度が軽減したとき。
 - (5) 生活保護の決定を受けたとき。
 - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
 - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
 - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証及び明細書等を添付して見附市に手続きしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりです。期間満了の1か月前までに見附市で更新の手続きをしてください。
- 8 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を受けることがあります。

第4号様式(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付台帳

受給者番号	交付年月日	氏名・性別 (生年月日)	住所	保護者氏名 (続柄)	保険種別等		認定要件			更新年月日 (再交付年月日)	資格喪失年月日	備考 (減額認定証の有無)
					保険者名 記号・番号	本人・家族 退職別	重度身体障害者 障害名・級別	重度知的障害者 手帳の再判定	再判定時期			
		男女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 無	期 期			
		男女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 無	期 期			
		男女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 無	期 期			
		男女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 無	期 期			
		男女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 無	期 期			

第5号様式(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給資格申請却下通知書

健第 号
年 月 日

様

見附市長 印

年 月 日付けで申請された重度心身障害者医療費受給資格について、
次の理由により認められないので通知します。

却下理由

付記

- 1 この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内(決定について異議申立てを行つた場合は、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内)に見附市を被告(訴訟においては市長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。

第6号様式(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成停止通知書

健 第 号
年 月 日

様

見附市長 印

重度心身障害者医療費助成については、下記のとおり助成を停止します(しました)ので、通知します。

記

1 停止の理由

2 停止の期間 平成 年 月から 平成 年 月まで

付記

- この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てすることができます。
- この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内(決定について異議申立てを行つた場合は、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内)に見附市を被告(訴訟においては市長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。

第7号様式(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者 番号	受給者氏名	性別	男・女
	生年月日	年	月 日
住所			
再交付申請 の理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名 (印)
(受給者との続柄)

(あて先)見附市長

- 注1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
3 記名押印に代えて署名することができます。

(表 面)

県障医療費助成申請書

年 月 日

(あて先)見附市長

申請者 住 所
氏 名



下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年 月
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3 " 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合計	点	円
入院	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
		点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪問看護	利用日数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他()	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名称
氏 名

印

※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。

※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注 意 事 項

1 助成額について

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。
- ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額)
- イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。
- ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。
- (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があつた場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1 枚
(2) 外来と入院の場合	2 枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2 枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3 枚

3 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

第8号の2様式(第12条関係)

(表 面)

県障医療費助成申請書(入院時生活療養費用)

年 月 日

(あて先)見附市長

申請者 住 所
氏 名



下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年 月
振込指定金融機関	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

- 注 1 署名をもつて記名押印に代えることができます。
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3 // 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄(県障助成額単価×食事回数)

県障助成決定額 円

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

所得区分等	標準負担額	県障助成額単価	食事回数(回)
適用区分C・低所得者Ⅱ	210円/食	160円/食	
低所得者Ⅰ②	130円/食	100円/食	
低所得者Ⅰ①	100円/食	100円/食	
入院医療の必要性の高い者	210円・160円・100円/食		

様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名称
氏 名 印

- ※ 「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分2又は3等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。
※ 所得区分等(例：低所得Ⅱ)及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注意事項

1 助成額について

- (1) 入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。
- (2) 申請額は入院時生活療養費標準負担額のうち、入院時食事療養標準負担額と同額(食材料費相当分)の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額(食材料費相当額)

低所得者Ⅱ	160円/食
低所得者Ⅰ②	100円/食
低所得者Ⅰ①	100円/食

ただし、入院医療の必要性の高い者については

低所得者Ⅱ	210円/食
低所得者Ⅱ(90日を超える場合)	160円/食
低所得者Ⅰ	100円/食

- 2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

第9号様式(第12条関係)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	乳児	県親	県子
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					
(あて先)見附市長			年 月 日		
			住 所		
			申請者		
			氏 名		印
下記のとおり金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
代理人住所					
代理人氏名					印
受給者証番号			保険者名		
受給者氏名			記号・番号		
受療者氏名			被保険者氏名		
自己負担割合	3割		2割		1割
振込指定 金融機関名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※ 他法負担額			一部負担金額		決定額

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

◎記名押印に代えて自署することができます。

(柔道整復師が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金領収 済額 C	県単医療費助成額 B-C
1日目	円	円	円	円
2日目	円	円	円	円
3日目	円	円	円	円
4日目	円	円	円	円
5日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉 法・その他()		公 費 分 費 用	患者負担額(公費分)
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。				
年 月 日				
所在地				
柔道整復師 名 称				
様 氏 名				
印				

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

第9号様式(第12条関係)

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

〈県老の場合〉

- 療養に要した費用の1割

〈県障・県親・県子の場合〉

- 1日につき530円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が530円に満たないときは当該額)

2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。

第10号様式(第13条関係)

重度心身障害者医療費支給決定通知書

健 第 号
年 月 日

様

見附市長 印

標記医療費については、下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

1 支給額 円

(内訳)

申請年月日	受診年月	申請額(支給額)

2 支給方法

- (1) 年 月 日までに市役所健康福祉課へ印鑑を御持参の上おいでください。
- (2) 銀行 支店へ口座支払いたします。

付記

- 1 この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内(決定について異議申立てを行つた場合は、当該異議申立てに対する決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6か月以内)に見附市を被告(訴訟においては市長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。

第11号様式(第15条関係)

重度心身障害者医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日		年	月 日
住所				
届出事項	変更年月日		年	月 日
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更 4 食事療養(生活療養)費標準負担額減額認定証の交付又は返納若しくは認定証の記載事項の変更 5 その他	届出理由			
変更事項				
旧		新		

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

住所
届出者
氏名 印
(受給者との続柄)

(あて先)見附市長

- (注) 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
2 届出の理由は詳しく記載してください。
3 変更前の受給者証を添えてください。
4 記名押印に代えて署名することができます。

第12号様式(第15条関係)

重度心身障害者医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日		年	月 日
住所				
1 疾病・負傷の具体的内容				
2 事故等発生原因及び発生日				
3 受診先医療機関の名称				
4 所轄警察署の立ち会いの有無(有 ・ 無)				
有のとき：警察署名 _____				
5 加害者の氏名、住所、勤務先				

上記のとおり第三者による被害を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所
届出者
氏名
(受給者との続柄

印
)

(あて先)見附市長

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

第13号様式(第16条関係)

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日			
住所				
1 資格喪失事由 (1) 障害の等級が軽減したため (2) 他市町村へ転居したため(転居先) (3) 受給資格者が死亡したため (4) その他(具体的事由)				
2 資格喪失事由発生年月日 年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所
届出者
氏名 (印)
(受給者との続柄)

(あて先)見附市長

注1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

2 記名押印に代えて署名することができます。