

○中井町重度障害者医療費助成条例施行規則

平成25年3月29日

規則第14号

(医療証の交付申請等)

第1条 中井町重度障害者医療費助成条例（昭和50年中井町条例第15号。以下「条例」という。）第7条の規定による申請は、重度障害者医療証交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて行うものとする。ただし、添付書類により証明すべき事項を公簿等により確認することができる場合には、当該書類の添付を省略することができる。

- (1) 医療保険各法の規定による被保険者、加入者、組合員又はこれらの者の被扶養者であることを証する書類
- (2) 条例第2条第1項各号に規定する障害の程度を証する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

(申請の特例)

第2条 医療費の助成の申請を対象者が自らできない状態にあるとき又は対象者が死亡したときは、次に掲げる者が対象者に代わって申請することができる。

- (1) 生計を同じくする配偶者
- (2) 生計を同じくする子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹
- (3) その他町長が適当と認める者

(医療証の交付)

第3条 町長は、第1条の重度障害者医療証交付申請書の提出があつたときは、対象者と認められるときは障害者医療証（第2号様式。以下「医療証」という。）を、対象者と認められないときは重度障害者医療証交付申請却下決定通知書（第3号様式）を交付する。

(医療証の有効期間等)

第4条 医療証の有効期間は、その発行した日から1年以内で町長が定める期間とする。

(医療証の提示)

第5条 第3条の規定により、医療証の交付を受けた者（以下「受給資格者」という。）が、療養の給付を受けるときは、保険医療機関等に医療証を提示をしなければならない。

(医療証の再交付)

第6条 受給資格者は、医療証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、重度障害者医療証再交付申請書（第4号様式）を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破損又は汚損したときの前項の申請には、その医療証を添えなければならない。

3 医療証の再交付を受けた後において、紛失した医療証を発見したときは、速やかに発見した医療証を町長に返還しなければならない。

(医療証の返還)

第7条 受給資格者は、その資格を失ったとき、又は新たな医療証の交付を受けたときは、速やかに医療証を町長に返還しなければならない。

(助成の範囲)

第8条 条例第5条に定める療養の給付の適用範囲は、食事療養費に係る費用を除くものとする。

2 他の法令により療養に要する費用の負担を受けることができるときは、当該費用の負担を受けることができる限度において、助成は行わない。

(助成の申請)

第9条 条例第9条第1項に規定する助成の方法により医療費の助成を受けようとする受給資格者は、重度障害者医療費助成支給申請書(第5号様式)に保険医療機関等が発行する領収書を添えて、町長に申請するものとする。

2 前項の申請は、当該療養の給付を受けた日の属する月の翌月から1年以内に、これを行わなければならない。

3 第2条の規定は、第1項の申請をする場合に準用する。

(支給の決定等)

第10条 町長は、前条の重度障害者医療費助成支給申請書の提出があつたときは、医療費を助成することに決定したときは、重度障害者医療費助成決定通知書(第6号様式)を、医療費の助成をしないことに決定したときは、重度障害者医療費助成不支給決定通知書(第7号様式)を交付する。

(届出)

第11条 条例第11条に規定する届出は、重度障害者医療申請事項変更(消滅)届(第8号様式)に医療証を添えて、町長に届け出なければならない。

(受給資格消滅の通知)

第12条 町長は、受給資格者が条例第3条に規定する対象者に該当しなくなつたと認めるときは、重度障害者受給資格消滅通知書(第9号様式)により当該受給資格者に通知する。ただし、受給資格者が死亡した場合は、この限りでない。

(第三者の行為による被害の届出)

第13条 受給資格者は、受給資格者の受ける医療が第三者の行為により必要となつたとき

は、第三者の行為による傷病届出書（第10号様式）により速やかに町長に届け出なければならぬ。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年規則第7号）

- 1 この規則は、令和3年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

第1号様式（第1条関係）

重度障害者医療証交付申請書

年 月 日

中井町長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

重度障害者医療証の交付を申請いたします。

対象者	住所	〒		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	()

添付書類

1. 保険証の写し
2. 身体障害者手帳又は療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し

対象者：中井町重度障害者医療費助成条例第2条及び第3条

1. 身体障害者手帳1級、2級の者
2. IQ35以下の者（療育手帳A1、A2）
3. 身体障害者手帳3級かつIQ50以下の者（知能指数判定書等）
4. 精神障害者保健福祉手帳1級

添付書類、住民基本台帳等、確認したところ対象者で（ある ・ ない）ことが判明いたしました。
よって、上記の者に対して障害者医療証を交付してよろしいでしょうか。

非該当時の理由： _____

交付年月日	年 月 日	受給者番号							
-------	-------	-------	--	--	--	--	--	--	--

第2号様式（第3条関係）

 障害者医療証					
負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
対象者	住所				
	フリガナ 氏名				
	生年月日				
有効期限					
神奈川県足柄上郡 中井町長					
交付年月日	年 月 日				

- 1 この証は、健康保険の自己負担分を助成する証ですから、大切にしてください。
- 2 この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に、保険医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 この証は、往診の車代、ベッドの差額代、診断書料等の保険対象外のものには使用できません。
- 4 この証の取り扱いができない保険医療機関等で受診される場合は、保険の自己負担金を一旦支払い、受診した月の翌月以降に①保険点数が記入された領収書②印鑑③被保険者証④この証を持って下記窓口で払い戻しの申請をしてください。
- 5 転出等で受給者の資格がなくなったときや、有効期間を経過したときは、この証を下記窓口に戻却してください。
- 6 氏名、住所、健康保険等に変更があったときは、この証に保険証を添えて下記窓口に出してください。
- 7 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、下記窓口で再交付を受けてください。
- 8 偽り、その他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。

中井町役場

窓口

重度障害者医療証交付申請却下決定通知書

年 月 日

様

中井町長 印

年 月 日 付けで申請のありました医療証の交付について審査しましたが、次の理由で重度障害者医療費助成事業の対象となりませんでしたので通知します。

理由

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に中井町長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分については、上記1の異議申立てを行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の異議申立てをした場合においては、当該異議申立て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か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

第4号様式（第6条関係）

重度障害者医療証再交付申請書

年 月 日

中井町長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号

下記の理由により、重度障害者医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号									
受給者番号									

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. その他

重度障害者医療費助成決定通知書

年 月 日
様
中井町長 印

年 月 日付けで申請のありました重度障害者医療費助成支給申請については、次のとおり決定したので通知します。

氏 名	
助 成 決 定 額	円

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に中井町長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分については、上記1の異議申立てを行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の異議申立てをした場合においては、当該異議申立て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か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

重度障害者医療費助成不支給決定通知書

年 月 日
様
中井町長 印

年 月 日付けで申請のありました重度障害者医療費助成支給申請については、次の理由により助成できませんので通知します。

理由

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に中井町長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分については、上記1の異議申立てを行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の異議申立てをした場合においては、当該異議申立て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か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

重度障害者医療申請事項変更（消滅）届

医療証番号	負担者番号									
	受給者番号								/	
変更の場 合	新氏名	() のため変更)								
	旧氏名									
	新住所									
	旧住所									
	新加入医療保険	被保険者氏名					申請者との続柄			
		保険証記号			記号			名称		
		保険者所在地								
附加給付の有無			保険の種類	国保・組合・政管・後期 日雇・船員・共済						
その他の事項										
更新年月日	年 月 日									
消滅の場 合	理由	1. 転出 (転出先)								
		2. 死亡								
		3. その他 (理由)								
消滅年月日		年 月 日								
<p>上記のとおり、重度障害者医療費助成事業の申請事項が変更・受給資格が消滅しましたので届け出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>中井町長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">ふりがな _____ 対象者との関係 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>										

重度障害者受給資格消滅通知書

様
年 月 日
中井町長 印

次のとおり、重度障害者医療費助成事業の受給資格が消滅しましたので通知します。

記

消滅者氏名	
消滅した年月日	年 月 日
消滅した理由	

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に中井町長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分については、上記1の異議申立てを行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の異議申立てをした場合においては、当該異議申立て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か月以内に中井町を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

第10号様式（第13条関係）

第三者の行為による傷病届出書

※受付年月日 年 月 日

中井町長 殿

届出者	氏名				対象者との続柄			届出日	年 月 日	
	住所				電話番号					
対象者に関する こと (被害者のこと)	医療証受給者 番号									
	氏名		男・女	世帯主と の続柄		生年月日	年 月 日			
	現住所				電話番号					
	保険者名称				被保険者氏名					
	保険証の 記号・番号	—			被保険者 との続柄					
第三者に関する こと (相手方のこと)	本人	氏名				職業				
		現住所				電話番号				
	使用主 (業務中の場合は 事故取扱者名記入)	事業所名				代表者名				
		所在地	〒 電話番号			事故取扱者名				
第三者が加入している自動車の 対人賠償保険に関する こと	強制 保 険	保険契約者	車両番号	保険会社	証書番号	保険金受領		年 月 日		
		保険期間	取扱店	取扱整理番号	取扱者及び電話番号	受領 円				
	任意 保 険	保険契約者	車両番号	保険会社	証書番号	保険金受領		年 月 日		
		保険期間	取扱店	取扱整理番号	取扱者及び電話番号	受領 円				
	示談及び損害賠償金 に関する こと	医療費に関する損害 賠償請求権	有・無 放棄・不明		理由 (有のときは不要)					
		示談成立の有無	有・無		年 月 日 成立					
既に受領した賠償金		有・無		内訳 (無のときは不要)		年 月 日 受領 円				
診療に 関 する こと	医療証の使用の有無	1 年 月 日より使用 2 使用していない			診療見込期間 及び金額					
	傷病名				病院名					

- 第1号様式 (第1条関係)
- 第2号様式 (第3条関係)
- 第3号様式 (第3条関係)
- 第4号様式 (第6条関係)
- 第5号様式 (第9条関係)
- 第6号様式 (第10条関係)
- 第7号様式 (第10条関係)
- 第8号様式 (第11条関係)
- 第9号様式 (第12条関係)
- 第10号様式 (第13条関係)