

○田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則

平成16年 6 月29日規則第12号

田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則(昭和62年田上町規則第4号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例(昭和62年田上町条例第16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。

(所得制限額)

第2条 条例第3条第2項第1号に規定する規則で定める額は、所得税法(昭和40年法律第33号)に規定する同一生計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 条例第3条第2項第2号に規定する規則で定める額は、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第2条第2項に定める額とする。

(所得の範囲)

第3条 条例第3条第2項各号に規定する所得は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第4条に定める所得とする。

(所得の額の計算方法)

第4条 条例第3条第2項第1号に規定する所得の額は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第3項に定めるところによる。

2 条例第3条第2項第2号に規定する所得の額は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第4項に定めるところによる。

(認定の申請)

第5条 条例第4条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(様式第1号)に重度心身障害者医療費現況届(様式第2号。以下「現況届」という。)、療育手帳、身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳(条例第3条第1項第4号に該当する者を除く。)、被保険者証又は組合員証及び同第3条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて町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。)の交付を受けている場合は、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 町長は、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っ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 条例第5条に規定する受給者証の様式は、様式第3号によるものとする。

2 町長は、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(様式第4号)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、町長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

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、町長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

3 前2項の規定にかかわらず、条例第3条第3号の者については、受給者証が交付される日の属する月の翌月の初日から最初に到来する8月31日までの間に精神障害者保健福祉手帳の有効期間が満了するときは、当該受給者証の有効期間は当該精神障害者保健福祉手帳の有効期間の満了する日までとする。

(受給者証の更新)

第8条 条例第6条の規定による更新は、受給者証の有効期間満了の1月前までに、現況届に療育手帳、身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳(条例第3条第1項第4号に該当する者を除く。)、被保険者証又は組合員証、同第3条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて町長に提出して行うものとする。

2 前項に規定する更新には、第5条第2項の規定を準用する。

3 町長は、第1項に規定する届け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っ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 条例第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(様式第5号)のとおりとする。

(助成の停止の通知)

第10条 町長は、条例第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(様式第6号)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(様式第7号)を町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。

(入院時生活療養費標準負担額の助成額)

第11条の2 条例第9条第2号に定める入院時生活療養費標準負担額の助成額は別表のとおりとする。

(助成の申請)

第12条 受給資格者は、条例第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、又は、条例附則第6項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(様式第8号又は様式第8号の2)を町長に提出しなければならない。ただし、あらかじめ町長と協定等を締結している柔道整復師、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師(以下「施術者等」という。)の施術を受け、当該施術者等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(様式第9号又は様式第9号の2)を提出するものとする。

(助成の決定の通知)

第13条 町長は、前条の規定により提出された県障医療費助成申請書又は県単医療費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(様式第10号)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。

(受療の手続き)

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及び受給者証を提示しなければならない。

2 受給資格者は、条例第9条第2号の規定による療養を受ける場合は、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 条例第11条の規定による届け出は、重度心身障害者医療費受給者変更届(様式第12号)又は重度心身障害者医療費受給者被害届(様式第13号)に受給者証を添えて町長に提出して行うものとする。

(受給者証の返還)

第16条 条例第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(様式第14号)に受給者証を添えて町長に提出して行うものとする。

附 則

この規則は、平成16年9月1日から施行する。

附 則(平成18年12月21日規則第24号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。ただし、改正後の様式第8号については、平成18年4月1日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分の間、使用することができる。

附 則(平成19年5月30日規則第31号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成19年4月1日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分

の間、使用することができる。

附 則(平成20年 2 月26日規則第 4 号)

- 1 この規則は、平成20年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分の間、使用することができる。

附 則(平成22年 5 月 6 日規則第13号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成22年 4 月 1 日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分の間、使用することができる。

附 則(平成24年 1 月 4 日規則第 1 号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成23年 4 月 1 日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分の間、使用することができる。

附 則(平成25年 6 月14日規則第13号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の田上町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成25年 4 月 1 日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の規則に定める様式については当分の間、使用することができる。

附 則(平成28年 3 月31日規則第 9 号)

この規則は、平成28年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成29年 6 月27日規則第 9 号)

この規則は、平成29年 9 月 1 日から施行する。

附 則(平成30年 3 月20日規則第 6 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成31年 4 月 1 日規則第 6 号)

この規則は、平成31年 4 月 1 日から施行する。

附 則(令和 5 年 3 月23日規則第 7 号)

この規則は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

別表(第11条の 2 関係)

入院時生活療養費標準負担額の助成額

入院医療の必要性の高い者以外の者		入院医療の必要性の高い者	
減額認定証の区分	助成額／	減額認定証の区分	助成額／

	食		食
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者	160円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者 (長期非該当)	210円
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰの者	100円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅱの者 (長期該当)	160円
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰ(老福)の者	100円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分Ⅰの者	100円
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で境界層該当者	100円	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で境界層該当者	100円

(注) 「入院医療の必要性の高い者」とは、健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成18年9月8日厚生労働省告示第488号)及び難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者とする。

様式第1号(第5条関係)

決 裁					担 当 者	受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	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		職業	
住 所							
障害 内容	身 体 障 害 者 手 帳	交付年月日	交付番号	障 害 名		等 級	
						級	
	療 育 手 帳	交付年月日	交付番号	障害の程度		有期判定 (有期期限)	
				A		有・無 (・)	
	精神障害者 保健福祉手 帳	交付年月日	交付番号	障害の程度		有効期限	
				1級			
	そ の 他						
加入 医療 保険 証等	保 険 種 別	国(一・退)・協(一・日)・組(一・退)・共・船・後期				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		

身 体 障 害 者 手 帳
上記のとおり 療 育 手 帳と加入医療保険証等を添えて申請します。
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳
年 月 日

住所
申請者
氏名 (印)
(本人との続柄)

田上町長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

様式第2号(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)
同一生計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 同一生計配偶者のうち70歳以上の者 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
	医療費控除	円
	小規模企業共済等掛金控除	円
	配偶者特別控除	円
		円
	同一生計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
	同一生計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
	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 の別(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
	社会保険料等相当額	円
	控除合計額	円
控除後の所得額	円	
所得制限額	円	
所得制限の該当・非該当の別	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。	
年 月 日	住所 届出者 氏名
田上町長 様	印

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

様式第3号(第6条関係)

(表)

田上町 重度障害者 医療費受給者証									
県 障		公 費 負 担 者 番 号							
		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 田上町長 印							
交 付 年 月 日		年 月 日							

※ 用紙は、原則として日本工業規格B列7番白色とする。

※ 印刷は、黒色によるものとする。

(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 円(その日の自己負担額が 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 円を支払ってください。
訪問看護の場合は、1日につき 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、速やかに市町村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市町村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か月前までに市町村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。

様式第4号(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	精神障害者 等級・有効期限	その他			
		男 女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 期 ・ 無 期						
		男 女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 期 ・ 無 期						
		男 女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 期 ・ 無 期						
		男 女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 期 ・ 無 期						
		男 女 ()		()		本人 家族 退職	(1. 2. 3級)	有 期 ・ 無 期						

様式第5号(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

第 号
年 月 日

様

田上町長 

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、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定について不服のあるときは、決定のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(決定について審査請求を行った場合は、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か月以内)に田上町を被告(訴訟においては町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。

様式第6号(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成停止通知書

第 号
年 月 日

様

田上町長 

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 年 月 から 年 月まで

付記

- 1 この決定について不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定について不服のあるときは、決定のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(決定について審査請求を行った場合は、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か月以内)に田上町を被告(訴訟においては町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。

様式第7号(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 ⑪
(受給者との続柄)

田上町長 様

- 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。

様式第8号（第12条関係）

（表 面）

県障医療費助成申請書

年 月 日

田上町長 様

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 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
2 // 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)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当
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

医療機関等 所在地
名 称
氏 名 ㊟

- ※ 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 円（その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額）

イ 訪問看護の場合は利用した1日につき 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った場合には、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。

様式第 8 号の 2（第 1 2 条関係）
(表 面)

県障医療費助成申請書（入院時生活療養費用）

田上町長 様
年 月 日

申請者 住 所
氏 名 印

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	食事回数(回)	金額(円)
適用区分オ・低所得者Ⅱ	210 円／食		
低所得者Ⅰ	130 円／食		
低所得者Ⅰ(老齢福祉年金 受給者)・境界層該当者	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

医療機関等 所在地
名 称 印
氏 名

※ 「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「〇」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Ⅰ	100円／食
低所得者Ⅰ (老齢福祉年金受給者)	100円／食
境界層該当者	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
境界層該当者	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。

様式第 9 号（第 1 2 条関係）

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	県子	
県単医療費助成申請書（柔道整復施術用）					
年 月 日					
田上町長 様					
申請者 住 所 氏 名 ㊟					
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 ㊟					
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。
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 ㊟				

- 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。

(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 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 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。

様式第9号の2（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	県 親	単 子	
県単医療費助成申請書（□はり □きゅう □あん摩マッサージ指圧） 年 月 日 田上町長 様 申請者 住 所 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 受給者氏名 受療者氏名 自己負担割合 3割 2割 1割 振込指定 銀行名 口座番号 金融機関名 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。

（施術者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 施術所 所在地 名 称 様 施術者 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。

様式第9号の2（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2割（経過措置対象者は1割）

＜県障・県親・単子の場合＞

○ 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。

様式第10号(第13条関係)

重度心身障害者医療費支給決定通知書

第 号
年 月 日

様

田上町長 

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 日までに町役場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、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に町長に対して審査請求をすることができます。
2 この決定について不服のあるときは、決定のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(決定について審査請求を行った場合は、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か月以内)に田上町を被告(訴訟においては町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。

様式第12号(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
(受給者との続柄)



田上町長 様

- (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。

様式第13号(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)



田上町長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

様式第14号(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	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 (受給者との続柄) 印

田上町長 様

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。

様式第 1 号(第 5 条関係)
様式第 2 号(第 5 条関係)
様式第 3 号(第 6 条関係)
様式第 4 号(第 6 条関係)
様式第 5 号(第 9 条関係)
様式第 6 号(第10条関係)
様式第 7 号(第11条関係)
様式第 8 号(第12条関係)
様式第 8 号の 2 (第12条関係)
様式第 9 号(第12条関係)
様式第 9 号の 2 (第12条関係)
様式第10号(第13条関係)
様式第11号 削除
様式第12号(第15条関係)
様式第13号(第15条関係)
様式第14号(第16条関係)