

議案第 6 4 号

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例の一部を改正することについて

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例の一部を別紙のとおり改正するものとする。

令和 6 年 8 月 2 8 日提出

瀬戸内市長 武 久 顕 也

瀬戸内市条例第 号

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例の一部を改正する条例

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例(平成16年瀬戸内市条例第117号)の一部を次のように改正する。

第4条第2項中「第9条ただし書」を「第9条」に改める。

第9条中「に対し、当該受給資格者の属する保険者の発行した被保険者証、加入者証、組合員証又は被保険者資格証明書(以下「被保険者証等」という。))とともに受給資格証を提出し」を「から、医療保険各法に規定する電子資格確認その他厚生労働省令等で定める方法により被保険者であることの確認を受けるとともに、受給資格証の提示等により受給資格者であることの確認を受け」に改め、同条ただし書を削る。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例(平成16年瀬戸内市条例第117号)新旧対照表

現行	改正後
(医療費の範囲) 第4条 略 2 前項の受給資格者が負担することとなる費用の算定に当たって、医療保険各法(第2条第1項第1号から第6号までに掲げるものに限る。以下この項及び第9条<u>ただし書</u>において同じ。)の規定により受給資格者以外の被保険者等(以下「受給資格者以外の者」という。)の療養に係る額を算定して高額療養費が支給されることとなる場合における高額療養費の算定は、医療保険各法の規定にかかわらず、当該受給資格者以外の者の療養に係る額を除き、医療保険各法の高額療養費の算定の例により行うものとする。 3 略 (受給資格証の提出) 第9条 受給資格者が療養を受けようとするときは、当該療養を受けようとする病院、診療所、薬局又は指定訪問看護事業者(以下「医療機関等」という。)に対し、当該受給資格者の属する保険者の発行した被保険者証、加入者証、組合員証又は被保険者資格証明書(以下「被保険者証等」という。)とともに受給資格証を提出し<u>なければならない。</u> <u>ただし、医療保険各法の一部負担金の規定による70歳以上の者にあつては被保険者証等、高齢受給者証及び受給資格証を提出しなければならない。</u>	(医療費の範囲) 第4条 略 2 前項の受給資格者が負担することとなる費用の算定に当たって、医療保険各法(第2条第1項第1号から第6号までに掲げるものに限る。以下この項及び第9条_____において同じ。)の規定により受給資格者以外の被保険者等(以下「受給資格者以外の者」という。)の療養に係る額を算定して高額療養費が支給されることとなる場合における高額療養費の算定は、医療保険各法の規定にかかわらず、当該受給資格者以外の者の療養に係る額を除き、医療保険各法の高額療養費の算定の例により行うものとする。 3 略 (受給資格証の提出) 第9条 受給資格者が療養を受けようとするときは、当該療養を受けようとする病院、診療所、薬局又は指定訪問看護事業者(以下「医療機関等」という。)から、<u>医療保険各法に規定する電子資格確認その他厚生労働省令等で定める方法により被保険者であることの確認を受けるとともに、受給資格証の提示等により受給資格者であることの確認を受けなければならない。</u> _____ _____ _____

瀬戸内市規則第 号

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例施行規則の一部を改正する規則

瀬戸内市心身障害者医療費給付条例施行規則(平成16年瀬戸内市規則第92号)の一部を次のように改正する。

第4条第1項中「に医療保険各法による被保険者証を添え」を「を提出し、医療保険各法に規定する電子資格確認その他厚生労働省令等で定める方法により被保険者であることの確認を受け」に改める。

附則第5項中「地方税法」を「地方税法(昭和25年法律第226号)」に改める。

別表第1中「(平成19年政令第318号)」を削除し、「地方税法(昭和25年法律第226号)」を「地方税法」に改める。

様式第1号中

「○ 医療保険の保険証の写し

※対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)

※あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。」を

「○ 医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの(個人番号カード等)

※対象者本人の個人番号カード (郵送の場合は、必ず個人番号カードの両面の写しが必要です。)」に改める。

様式第3号中「必ず保険証に添えて提出」を「医療機関窓口に提示」に改め、「保険証と一緒に必ず」を削り、「提出」を「提示」に改める。

様式第9号及び様式第10号中「被保険者証の」を「加入保険に係る」に改める。

様式第13号中「及び保険証(被保険者証又は組合員証)」を「、個人番号カード等」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

瀬戸内市中心身障害者医療費給付条例施行規則(平成16年瀬戸内市規則第92号)新旧対照表

現行	改正後												
(受給資格証の交付等) 第4条 条例第5条及び第6条第3項の規定による申請は、心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書(様式第1号)に医療保険各法による被保険者証を添え _____て行うものとする。 2・3 略 附 則 (経過措置) 5 附則第3項の規定による別表第1の低所得Ⅱの項における所得割が課せられない者に係る課税所得金額の算定に当たっては、地方税法_____第314条の2第1項及び第2項の規定による総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額からの控除後の金額から、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項中「世帯主」とあるのは「年齢19歳未満の扶養親族を有する者」と、「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて適用した場合における同項の控除対象者を扶養親族として有する者にあつては同項第2号の規定による合計額を控除した後の金額により算定するものとする。 別表第1(第2条関係) 所得区分 <table border="1"> <tr> <th>所得区分</th><th>左に係る受給資格者の区分</th></tr> <tr> <td>一定以上所得者</td><td>他のいずれの区分にも入らない受給資格者</td></tr> <tr> <td>一般</td><td>受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同</td></tr> </table>	所得区分	左に係る受給資格者の区分	一定以上所得者	他のいずれの区分にも入らない受給資格者	一般	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同	(受給資格証の交付等) 第4条 条例第5条及び第6条第3項の規定による申請は、心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書(様式第1号)を提出し、医療保険各法に規定する電子資格確認その他厚生労働省令等で定める方法により被保険者であることの確認を受けて行うものとする。 2・3 略 附 則 (経過措置) 5 附則第3項の規定による別表第1の低所得Ⅱの項における所得割が課せられない者に係る課税所得金額の算定に当たっては、地方税法(昭和25年法律第226号)第314条の2第1項及び第2項の規定による総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額からの控除後の金額から、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項中「世帯主」とあるのは「年齢19歳未満の扶養親族を有する者」と、「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて適用した場合における同項の控除対象者を扶養親族として有する者にあつては同項第2号の規定による合計額を控除した後の金額により算定するものとする。 別表第1(第2条関係) 所得区分 <table border="1"> <tr> <th>所得区分</th><th>左に係る受給資格者の区分</th></tr> <tr> <td>一定以上所得者</td><td>他のいずれの区分にも入らない受給資格者</td></tr> <tr> <td>一般</td><td>受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同</td></tr> </table>	所得区分	左に係る受給資格者の区分	一定以上所得者	他のいずれの区分にも入らない受給資格者	一般	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同
所得区分	左に係る受給資格者の区分												
一定以上所得者	他のいずれの区分にも入らない受給資格者												
一般	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同												
所得区分	左に係る受給資格者の区分												
一定以上所得者	他のいずれの区分にも入らない受給資格者												
一般	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者について、療養を受けた月の属する年の前年(療養を受けた月が1月から6月までの場合にあつては、前々年。以下同												

	じ。)中の所得の額(高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号)第7条第1項の規定により算定した金額をいい、同項中「世帯主」とあるのは「年齢19歳未満の扶養親族を有するもの」と、「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて算出するものとする。)が、それぞれ同条第4項に定める額未満である場合における当該受給資格者(低所得Ⅱ及び低所得Ⅰの区分に属する者を除く。)		じ。)中の所得の額(高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号)第7条第1項の規定により算定した金額をいい、同項中「世帯主」とあるのは「年齢19歳未満の扶養親族を有するもの」と、「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて算出するものとする。)が、それぞれ同条第4項に定める額未満である場合における当該受給資格者(低所得Ⅱ及び低所得Ⅰの区分に属する者を除く。)
低所得Ⅱ	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者が、療養を受けた月の属する年度(療養を受けた月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)分の所得割(地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割(同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)をいう。)を課されない者(本市の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において地方税法の施行地に住所を有しない者を除く。以下「市町村民税所得割非課税者」という。)である場合における当該受給資格者(低所得Ⅰの区分に属する者を除く。)	低所得Ⅱ	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者が、療養を受けた月の属する年度(療養を受けた月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)分の所得割(地方税法第292条第1項第2号に掲げる所得割(同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)をいう。)を課されない者(本市の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において地方税法の施行地に住所を有しない者を除く。以下「市町村民税所得割非課税者」という。)である場合における当該受給資格者(低所得Ⅰの区分に属する者を除く。)
低所得Ⅰ	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者が、市町村民税所得割非課税者であり、かつ、療養を受けた月の属する年の前年中の合計所得金額(地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいい、その額が零を下回る場合には、零とする。)が零である場合における当該受給資格者	低所得Ⅰ	受給資格者及び受給資格者と生計を一にする者が、市町村民税所得割非課税者であり、かつ、療養を受けた月の属する年の前年中の合計所得金額(地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいい、その額が零を下回る場合には、零とする。)が零である場合における当該受給資格者

備考

- 1 この表において「受給資格者と生計を一にする者」とは、当該受給資格者の加入している医療保険各法(国民健康保険法及び高齢者医療確保法を除く。)の規定による被保険者(当該受給資格者以外の者であって、かつ、健康保険法(大正11年法律第70号)の規定による被保険者(同法第3条第2項の規定による日雇特例被保険者を除く。)、船員保険法(昭和14年法律第73号)の規定による被保険者、国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)若しくは地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)に基づく組合員、私立学校職員共済制度の加入者又は健康保険法第126条の規定に基づき日雇特例被保険者手帳の交付を受けその手帳に健康保険印紙をはり付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者をいう。)又は当該受給資格者の加入している国民健康保険法及び高齢者医療確保法の規定による被保険者(当該受給資格者以外の者であって、かつ、当該受給資格者と同一の世帯に属するものに限る。)並びに当該受給資格者と同一の住民基本台帳上の世帯に属する者をいう。
- 2 市町村民税所得割非課税者の判定において、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項中「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて適用した場合における同項の控除対象者を扶養親族として有する者は、地方税法第314条の2第1項及び第2項の規定による総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額からの控除後の金額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項第2号の規定による合計額を控除した後の金額により所得割を算定するものとする。
- 3 別表第1の低所得Ⅰの項における合計所得金額に所得税法(昭和40年法律第33号)第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3

備考

- 1 この表において「受給資格者と生計を一にする者」とは、当該受給資格者の加入している医療保険各法(国民健康保険法及び高齢者医療確保法を除く。)の規定による被保険者(当該受給資格者以外の者であって、かつ、健康保険法(大正11年法律第70号)の規定による被保険者(同法第3条第2項の規定による日雇特例被保険者を除く。)、船員保険法(昭和14年法律第73号)の規定による被保険者、国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)若しくは地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)に基づく組合員、私立学校職員共済制度の加入者又は健康保険法第126条の規定に基づき日雇特例被保険者手帳の交付を受けその手帳に健康保険印紙をはり付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者をいう。)又は当該受給資格者の加入している国民健康保険法及び高齢者医療確保法の規定による被保険者(当該受給資格者以外の者であって、かつ、当該受給資格者と同一の世帯に属するものに限る。)並びに当該受給資格者と同一の住民基本台帳上の世帯に属する者をいう。
- 2 市町村民税所得割非課税者の判定において、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項中「当該世帯主と同一の世帯に属する」とあるのは「生計を一にする」と読み替えて適用した場合における同項の控除対象者を扶養親族として有する者は、地方税法第314条の2第1項及び第2項の規定による総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額からの控除後の金額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項第2号の規定による合計額を控除した後の金額により所得割を算定するものとする。
- 3 別表第1の低所得Ⅰの項における合計所得金額に所得税法(昭和40年法律第33号)第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3

項に規定する公的年金等に係る所得が含まれている場合、同項における合計所得金額については、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が零を下回る場合には、零とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の金額の合計額として計算するものとする。

様式第1号(第4条関係)

略

様式第3号(第4条関係)

略

様式第9号(第8条関係)

略

様式第10号(第8条関係)

略

様式第13号(第10条関係)

略

項に規定する公的年金等に係る所得が含まれている場合、同項における合計所得金額については、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が零を下回る場合には、零とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の金額の合計額として計算するものとする。

様式第1号(第4条関係)

略

様式第3号(第4条関係)

略

様式第9号(第8条関係)

略

様式第10号(第8条関係)

略

様式第13号(第10条関係)

略

心身障害者医療費受給資格証（ 交付 ・ 更新 ）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 武久 顕也 殿

心身障害者医療費受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申 請 者	フリガナ		男 ・ 女	生年 月 日	年 月 日 (満 歳)	
	氏名					
	住所	〒 — TEL ()				
	交付申請事由	1 重度身体障害者（1級及び2級手帳所持者） 2 重度の知的障害者（療育手帳A所持者） 3 知的障害者手帳3級及び療育手帳Bの両方の所持者 4 身体障害者手帳3級又は療育手帳Bのどちらかの所持者				
	身体障害者手帳 ・療育手帳	手帳番号				
		交付年月日				
		次回再認定（判定）年月日				
	平成 18 年 10 月改正時の心身障害者受給 資格証所持状況	1 所持 2 不所持				
		1 「所持」の場合の平成 1 8 年 1 0 月改正時の保険加入及び扶養関係の状況				
		1 被用者（社会）保険本人 2 その他				

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		交付決定年月日	
所得制限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他 ()				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備 考					

心身障害者医療費受給資格証

表面

受診の際は医療機関窓口にて提示してください。
この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーションだけです。

岡山県									
心身障害者医療費受給資格証									
公費負担者番号		8	0	3	3				
受給資格者番号									
受給資格者	住所								
	氏名							男・女	
	生年月日				年	月	日生		
一部負担金の割合		1 割							
一部負担金の月額上限額		外 来	円						
		入 院	円						
有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。 年 月 日 岡山県 瀬戸内市長									
印									
保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者の方へ この証により診療を求められたときは、上記の一部負担金を受領し、この一部負担金を控除した額を公費併用扱いとして、レセプトにより、審査支払機関へ請求してください。									

仕 様

- ・規格 B列7番
- ・用紙 ケンラン黄
- ・厚さ 180kg
- ・文字色 黒

注 意 事 項

- 1 この証は、心身障害者医療費の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 受診の際は、この証を医療機関(薬局・訪問看護ステーションを含む。以下同じ。)の窓口にて提示してください。なお、この証を医療機関の窓口にて提示しない場合は、心身障害者医療費助成の取り扱いは受けられないので、特に注意してください。
- 3 この証の記載事項や加入する医療保険に変更があったとき、又は交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで受診の際は、すみやかにその旨を市町村へ届け出てください。
- 4 心身障害者医療費の助成を受ける資格を失ったときは、すみやかにその旨を市町村へ届け出るとともに、この証を返還してください。
- 5 この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。
- 6 いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。
- 7 県外の医療機関で受診したときや県内の医療機関で現物給付により診療を受けられなかったときは、心身障害者医療費給付申請書に医療機関から受領した領収書を添えて市町村の心身障害者医療担当窓口へ償還給付の申請を行ってください。
- 8 複数の医療機関の窓口で支払った額が、一部負担金の月額上限額を超える場合は、市町村又は保険者に請求すると償還給付されますので、7に準じて申請してください。
- 9 自立支援医療など国の公費医療制度が適用される場合は、それらの国の公費医療が優先適用されます。
- 10 本市(町村)外へ転出した場合は、この資格証は使用できません。
- 11 お問い合わせ先
瀬戸内市 国保年金医療給付課 医療費給付係
電話(0869)22-3958
住所 〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張 300 番地 1

様式第 9 号(第 8 条関係)

証 明 願				
年 月 日				
保険者				
様				
(被保険者)				
住 所				
氏 名				
次のとおり療養費(家族療養費)の支給を受けたことを証明してください。				
加入保険に係る記 号番号	受給者氏名	医療機関等	給 付 期 間	給付金額
			年 月 日 年 月 日	円
給 付 内 容	看護 ・ 移送 ・ 治療材料 ・ 柔道整復 ・ 感染症			
	保険医療機関以外 ・ 緊急受療 ・ その他			
_____ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 保険者 所在地 名 称				

(注) 心身障害者医療費を市へ請求する場合は、保険者から交付された療養費(家族療養費)の「支給決定通知書」を添付することとし、「支給決定通知書」を紛失する等お手元がない場合のみこの証明願用紙を使用してください。

心身障害者医療費 一部負担限度額差額給付申請書

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
加入保険に係る記号・番号			
病院・診療所・薬局等の名称	入外	療養を受けた期間	総医療費
所 在 地		傷 病 名	窓口支払額
※上記の欄が足りない場合は（継紙）に記入してください。			計(A)

負担割合	所得区分

償還高額医療費 (B)	
単県公費一部負担額(月額) (C)	円
支 給 額 (A) - (B) - (C)	円

上記のとおり、医療費の給付を申請します。
なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により所得を確認されることを承認します。

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

受給資格者との続柄 _____

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別		フリガナ		
	口座番号		口座名義人		

○／○枚中心身障害者医療費 一部負担限度額差額給付申請書（継紙）

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
加入保険に係る記号・番号			

[illegible]

様式第 13 号(第 10 条関係)

心身障害者医療費受給資格変更届		
年 月 日		
瀬戸内市長 様		
届出人 住 所 氏 名		
受 給 資 格 者 番 号		
受 給 資 格 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所 (居 住 地)	
変更事項 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1)被保険者名 (2)保険者名 (3)記号・番号 (4)附加給付の内容 (5)その他 4 その他	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日		年 月 日

※心身障害者医療費受給資格証及び個人番号カード等を添えて提出してください。

旧様式

様式第1号(第4条関係)

心身障害者医療費受給資格証(交付・更新)申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

心身障害者医療費受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申 請 者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名				
	住所	〒 — TEL ()			
	交付申請事由	1 重度身体障害者(身体障害者手帳1級及び2級所持者) 2 重度の知的障害者(療育手帳A所持者) 3 身体障害者手帳3級及び療育手帳Bの両方の所持者 4 身体障害者手帳3級又は療育手帳Bのどちらかの所持者			
	身体障害者手帳・療育手帳	手帳番号			
		交付年月日			
		次回再認定(判定)年月			
平成18年10月改正時の心身障害者受給資格証所持状況	1 所持 2 不所持 1 「所持」の場合の平成18年10月改正時の保険加入及び扶養関係の状況 1 被用者(社会)保険本人 2 その他				

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		交付決定年月日	
所得制限	該当 ・ 非該当				
前回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他()				
前回の受給資格者番号		今回の受給資格者番号			
備 考					

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				対象者との続柄	
	保険種別				被保険者の記号番号	
	保険者名(発行機関名)				所在地	
	対象者と同じ医療保険に加入している者<※1>	氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
		氏名		住所		
	追加給付		有(内容:)・無			
特定疾病療養受療証の有無		有 ・ 無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。				
世帯の状況	<※1>以外の世帯員<※2>	氏名		加入する医療保険種別		
		氏名		加入する医療保険種別		
		氏名		加入する医療保険種別		
		氏名		加入する医療保険種別		
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名:)・無				

(記入上の注意点)

- <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所を記入してください。
- <※2>欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がいる場合、その氏名及び加入する医療保険の種別を記入してください。
- 医療保険種別 国保・協会健保・日雇健康保険・健保組合・共済保険・後期高齢者医療 等

(添付書類)

○ 医療保険の保険証の写し

※対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)

※あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。

○ 市町村民税の課税・非課税証明書

今年1月1日に市内に住所を有していない方、または、加入医療保険欄のうち市内に住所を有していない方は、以下のとおり課税・非課税証明書が必要です。

※<※1>欄のうち、対象者が加入する医療保険の保険料の算定対象となっている者(被用者保険の場合は被保険者、国保及び後期高齢者医療の場合は被保険者全員)の課税・非課税証明書

※<※2>欄に記載した人全員の課税・非課税証明書

○ 身体障害者手帳または療育手帳

様式第3号(第4条関係)

(表)

受診の際は必ず保険証に添えて提出してください。
この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーションだけです。

岡山県

心身障害者医療費受給資格証

公費負担者番号	8	0	3	3	0	8	2	2
受給資格者番号								
受給資格者	住 所							
	氏 名							男・女
	生年月日	年 月 日						
一部負担金の割合		1 割						
一部負担金の月額上限額	外 来	円						
	入 院	円						
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。								
年 月 日 岡山県 瀬戸内市長 印								
保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者の方へ								
この証により診療を求められたときは、上記の一部負担金を受領し、この一部負担金を控除した額を公費併用扱いとして、レセプトにより、審査支払機関へ請求してください。								

(裏)

注 意 事 項

1 この証は、心身障害者医療費の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 受診の際は、保険証と一緒に必ずこの証を医療機関(薬局・訪問看護ステーションを含む、以下同じ。)の窓口に出してください。
なお、この証を医療機関の窓口に出さない場合は、心身障害者医療費助成の取り扱いは受けられないので、特に注意してください。

3 この証の記載事項や加入する医療保険に変更があったとき、又は交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで受診の際は、すみやかにその旨を市へ届け出てください。

4 心身障害者医療費の助成を受ける資格を失ったときは、すみやかにその旨を市へ届け出るとともに、この証を返還してください。

5 この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。

6 いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。

7 県外の医療機関で受診したときや県内の医療機関で現物給付により診療を受けられなかったときは、心身障害者医療費給付申請書に医療機関から受領した領収書を添えて市の心身障害者医療担当窓口へ償還給付の申請を行ってください。

8 複数の医療機関の窓口で支払った額が、一部負担金の月額上限額を超える場合は、市又は保険者に請求すると償還給付されますので、7に準じて申請してください。

9 自立支援医療など国の公費医療制度が適用される場合は、それらの国の公費医療が優先適用されます。

10 本市外へ転出した場合は、この資格証は使用できません。

11 お問い合わせ先
瀬戸内市 国保年金医療給付課 医療費給付係
電話(0869)22-3958
住所 〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張300番地1

様式第9号(第8条関係)

証 明 願				
年 月 日				
保険者				
様				
(被保険者)				
住 所				
氏 名				
次のとおり療養費(家族療養費)の支給を受けたことを証明してください。				
被 保 険 者 証 (健康手帳)の 記 号 番 号	受 給 者 氏 名	医 療 機 関 等	給 付 期 間	給 付 金 額
			年 月 日から 年 月 日まで	円
給 付 内 容	看護・移送・治療材料・柔道整復・感染症			
	保険医療機関以外・緊急受療・その他			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
保険者 所在地 名 称				

(注) 心身障害者医療費を市へ請求する場合は、保険者から交付された療養費(家族療養費)の「支給決定通知書」を添付することとし、「支給決定通知書」を紛失する等お手元がない場合のみこの証明願用紙を使用してください。

様式第 10 号(第 8 条関係)

○／○枚中

心身障害者医療費一部負担限度額差額給付申請書

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
被保険者証の記号・番号			

病院・診療所・薬局等の名称	入外	療養を受けた期間	総医療費
所 在 地		傷 病 名	窓口支払額

※上記の欄が足りない場合は(継紙)に記入してください。

計	(A)
---	-----

負担割合	所得区分

償還高額医療費	(B)	
単県公費一部負担額(月額)	(C)	円
支 給 額	(A) - (B) - (C)	円

上記のとおり、医療費の給付を申請します。
なお、受給資格の確認に必要な場合は、公簿により所得を確認されることを承認します。

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____

受給資格者との続柄 _____

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別		フリガナ		
	口座番号		口座名義人		

○／○枚中

心身障害者医療費一部負担限度額差額給付申請書(継紙)

受給資格者番号		診療年月	
受給資格者名		生年月日	
加入保険者名			
被保険者証の記号・番号			

[illegible]

様式第13号(第10条関係)

心身障害者医療費受給資格変更届 年 月 日 瀬戸内市長 様 届出人住 所 氏 名		
受 給 資 格 者 番 号		
受給資格者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所 (居 住 地)	
変更事項 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容 (5) その他 4 その他		変 更 前
		変 更 後
変更年月日		年 月 日

※心身障害者医療費受給資格証及び保険証(被保険者証又は組合員証)を添えて提出してください。