

○十和田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則

平成17年 1月 1日

規則第111号

改正 平成17年 7月 5日規則第206号

平成20年 1月 23日規則第13号

平成21年 7月 31日規則第37号

平成23年 9月 14日規則第43号

平成25年 3月 28日規則第31号

平成28年 3月 14日規則第 2号

平成28年 3月 31日規則第12号

平成28年 7月 1日規則第42号

(趣旨)

第1条 この規則は、十和田市重度心身障害者医療費助成条例（平成17年十和田市条例第133号。以下「条例」という。）第12条の規定に基づき、重度心身障害者医療費の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(規則で定める者等)

第2条 条例第2条本文の規則で定める者は、次に掲げるものとする。

- (1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第19条第3項の規定により十和田市の支給決定を受けている者
- (2) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第55条第1項の規定により十和田市に住所を有していたと認められる者で、同項各号に規定する病院等のうち青森県の区域外に所在する病院等に入院等をしているもの
- (3) 条例第2条本文の規則で定める社会保険各法の被扶養者で当該社会保険各法の被保険者又は組合員の住所が十和田市にあるもの

2 条例第2条本文の規則で定める社会保険各法は、次に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

3 条例第2条ただし書の規則で定める者は、次に掲げるものとする。

- (1) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第116条又は同法第116条の2の規定により十和田市以外の市町村が行う国民健康保険の被保険者であるもの
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第19条第3項の規定により十和田市以外の市区町村の支給決定を受けている者
- (3) 高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項の規定により有していたと認められる住所が青森県の区域外にある者
- (4) 条例第2条本文の規則で定める社会保険各法の被扶養者で他市町村から重度心身障害者医療費の助成を受けているもの

（平20規則13・全改、平23規則43・平25規則31・一部改正）

（受給者証の交付）

第3条 市長は、重度心身障害者医療費受給者証等（交付・更新）申請書（様式第1号）を審査の結果、条例第2条に規定する対象者（以下「対象者」という。）であって、条例第3条に規定する支給の制限を受けない者であることを確認したときは、対象者又は条例第4条に定める保護者（以下「保護者」という。）に対し、重度心身障害者医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。ただし、当該対象者が高齢者の医療の確保に関する法律の適用を受ける者であるときは、受給者証に代えて重度心身障害者医療費受給者決定通知書（様式第3号。以下「決定通知書」という。）を交付するものとする。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付して提出させるものとする。

- (1) 国民健康保険法の被保険者又は社会保険各法の被保険者、組合員若しくは

その被扶養者にあつては、被保険者証

(2) 身体障害者手帳、愛護手帳又は精神障害者保健福祉手帳

(3) 前年の所得（1月から9月までは前々年）が明らかになる書類

3 受給者証又は決定通知書（以下「受給者証等」という。）を交付したときは、重度心身障害者医療費受給者証等交付台帳（様式第4号）又は高齢者の医療の確保に関する法律による重度心身障害者医療費受給者台帳（様式第5号）を整備しておくものとする。

（平17規則206・平20規則13・平28規則42・一部改正）

（受給者証等の有効期間）

第4条 受給者証等の有効期間は、市長が認定した日から翌年の9月30日までとする。ただし、当該認定の日が1月から9月までである場合は、当該認定の日の属する年の9月30日までとする。

（受給者証等の再交付）

第5条 対象者又は保護者は、受給者証等を亡失し、又は損傷したときは、重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書（様式第6号）を市長に提出し、再交付の申請をすることができる。

（助成額の受給申請）

第6条 条例第7条第1項第2号の規定により、対象者又は保護者から医療費の給付を受ける権利の委任を受けた医療機関等その他の者が医療費の助成を受けようとするときは、重度心身障害者医療費支給申請書（様式第7号）及び重度心身障害者医療費請求書送付書（様式第8号）を市長に提出しなければならない。

2 条例第6条第1項第3号の規定による医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障害者医療費支給申請書（様式第7号）に医療機関等の発行する領収書又は社会保険各法の保険者が発行する療養費付加給付金支給証明書を添付して市長に提出しなければならない。

（平28規則42・一部改正）

(国民健康保険法等の高額療養費等の申請及び支給)

第7条 市長は、国民健康保険法の規定による高額療養費等の支給の対象となる受給者の属する世帯の世帯主に国民健康保険等高額療養費支給申請書(様式第9号)を提出させ、高額療養費等給付額調書(様式第10号)を添えて保険者に送付するものとする。

2 前項の申請書には、市長に対して高額療養費のうち対象者に係る分の受領について委任する旨の委任状(様式第11号)を併せて提出しなければならない。

3 保険者は、受給者から第1項の申請があったときは、速やかに支給額を決定し、その額を高額療養費給付額調書により市長に通知するとともに、高額療養費受領の受任者である市長に支払うものとする。

4 前3項の規定は、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による高額介護合算療養費について準用する。

(平21規則37・全改、平28規則42・一部改正)

(助成額の決定通知)

第8条 市長は、第6条第2項の申請を受理したときはその内容を審査の上、当該申請に係る助成額を決定し、速やかに重度心身障害者医療費助成額決定(振込)通知書(様式第12号)により申請者に通知するものとする。

(平28規則42・一部改正)

(届出事項等)

第9条 条例第9条の規定による届出事項は、対象者又は保護者に関し、次に掲げる事項に変更があった場合とし、重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届(様式第13号)に受給者証等を添付して行うものとする。

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 条例第2条各号に定める者の障害の程度

(4) 対象者が加入している国民健康保険法、若しくは社会保険各法の被保険者又は組合員

(5) 対象者が加入している社会保険各法の保険者並びにその所在地及び名称  
(平28規則42・一部改正)

(添付書類の省略)

第10条 市長は、この規則に定める申請書又は届出に添付すべき書類のうち、公簿等によって証明すべき事実を確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

(受給者証等の返還)

第11条 対象者又は保護者は、当該対象者が条例第2条に規定する対象者の要件を欠くに至った場合又は条例第3条に規定する支給の制限を受ける場合は、速やかに受給者証等を市長に返還しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の十和田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和59年十和田市規則第51号）又は十和田湖町重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和59年十和田湖町規則第10号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成17年規則第206号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

ただし、様式第11号の改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年規則第13号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成21年規則第37号）

この規則は、平成21年8月1日から施行する。

附 則（平成23年規則第43号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成25年規則第31号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第2号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第12号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第42号）抄

（施行期日）

1 この規則は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日から施行する。

（1）次号及び第3号に掲げる規定以外の規定 公布の日

（2）及び（3） 略

（4）第3条中十和田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則第3条第1項の改正規定 平成28年10月1日

様式第1号（第3条関係）

		整理番号			
※ 受	付	※ 受給資格	※ 受給者証		
年 月 日	有・無	公費負担者 番 号		発行	年 月 日
		受給者番号			
重度心身障害者医療費受給者証等 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">交付 更新</span> 申請書					
申 請 者	住 所	(電話番号 — — )			
	氏 名	男・女	年 月 日生		
	職 業	障害者との続柄			
障 害 者	住 所				
	氏 名	男・女	年 月 日生		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 証	被 保 険 者 又 は 組 合 員 の 氏 名		付 加 給 付	
	記 号				有・無
	番 号				
	保 険 者	所 在 地			
名 称					
上記のとおり、重度心身障害者医療費の助成を受けたいので受給者証（決定通知書）の 交付を申請します。 また、申請及び毎年度の資格更新に当たり、本人及び同一世帯員の所得及び課税状況を 市が確認することに（同意します。 同意しません。） <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 十和田市長 様 <div style="text-align: right;">申請者名 <span style="float: right;">㊟</span></div>					

注1 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- ① 医療保険の被保険者証
- ② 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は愛護手帳のいずれか
- ③ 本人及び同一世帯の家族の前年（1月～9月に申請する場合は、前々年）の所得及び課税状況がわかる書類

なお、③については、転入した場合を除き、市が確認することに同意する場合は添付する必要はありません。

2 ※印欄は、記入しないでください。

(表)

㊦ 重度心身障害者医療費受給者証	
公費負担者番号	8 0 0 2 0 0 6 8
受給者番号	
受給者住所	
受給者氏名	男・女
受給者生年月日	年 月 日
被保険者(世帯主)氏名	受給者との続柄
一部負担金の割合	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名及び印	
交付年月日	

(裏)

注意事項
1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
2 診療等を受けるときは、医療保険証とともに医療機関の窓口に掲示してください。
3 「一部負担金の割合」が1割と記載されている場合は、医療機関等の窓口で一部負担金(1割)を支払ってください。
4 次の場合は、必ず届け出てください。 (1) 住所を変更したとき。 (2) 氏名を変更したとき。 (3) 加入医療保険に変更があったとき。
5 この証を破損したり、なくしたりしたときは再発行を受けてください。
6 受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。



様式第3号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者決定通知書  
(償還払用)

あなたは、 年 月 日から 年 月 日まで、重度心身障害者医療費助成の対象者となりましたので通知します。

年 月 日

十和田市長

印

受給者番号							
受給者	住所						
	氏名						男・女
	生年月日	年 月 日					
被保険者(世帯主)氏名						受給者との続柄	
一部負担金の割合							

(注意事項)

- この決定通知書は、あなたが医療費の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。
- あなたに対する医療費の助成は償還払ですので、一旦病院等の窓口で一部負担金を支払い、後日福祉事務所で還付を受けてください。  
なお、「一部負担金の割合」が1割と記載されている場合は、高齢者の医療の確保に関する法律に規定する一部負担金を控除した額が助成されます。
- 診療を受けた翌月から起算して2年以内に還付申請をしなければ無効になります。
- 医療費の還付を受けるには、この他に医療費支給申請書が必要です。
- 次の場合は、必ず届出してください。
  - 住所を変更したとき。
  - 氏名を変更したとき。
  - 加入医療保険に変更があったとき。
- この証を破損したり、亡くしたりしたときは再交付を受けてください。
- 受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。
- 有効期限が切れる前に、更新手続きをとってください。

年 月 日現在

項

受給者 番号	申請受付 年月日	有効期間	受給者氏名 (生年月日)	年 齢	住 所	手帳 種別	医療保険の内容				市町村民税 課税状況	備 考 (資格喪失・所得 制限該当の場合、 年月日・理由)	
	交付(更新) 年月日						種類	記号	番号	付加給付			
										有無			金額 (円)
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										
	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ から ・ ・ まで	( 年 月 日 )										



様式第6号(第5条関係)

重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請書

年 月 日

十和田市長 様

住 所  
申請者  
ふりがな  
氏 名 ㊦

次のとおり、重度心身障害者医療費受給者証(決定通知書)の再交付を申請します。

受給者氏名	受給者番号
再交付の理由	(1) 受給者証(決定通知書)をなくしたため (2) 受給者証(決定通知書)の汚損、破損が著しく使用不可能なため (3) その他 ( )

注 1 再交付の理由欄には、該当する数字を○で囲んでください。

2 再交付の理由欄の(2)、(3)に該当するときは、必ず受給者証(決定通知書)を添付してください。

様式第7号(第6条関係)  
(その1)

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

十和田市長 様

所在地  
医療機関等の名称  
開設者



年 月分重度心身障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

記

資格証番号 第 号	加入保険種別	協・組・日・船・共・国	
対象者氏名 年 月 日生(男・女)	被保険者証 記号・番号		
入院・入院外・歯科・薬剤・整骨	被保険者名(父・母)		
	診療日数	日	
病 名	診療報酬総点数	保険負担点数	自己負担点数
	点	点	点
	自己負担額	支給決定額	付加給付額
	※	※	※

※印欄には記入しないでください。

様式第7号(第6条関係)

(その2)

(裏面参照のこと)

重度心身障害者医療費支給申請書 十和田市長 様 住所 申請者 氏名													
受給者記入欄	年 月 日												
	受給者証	公費負担番号	8	0	0	2	0	0	6	8	加入者保険	記号	
		受給者番号									番号		
	受給者	氏名									保険者名		
		生年月日	年 月 日								附加給付	有無 有・無	
欄	同一月内における世帯員の受領の有無	有無	受給者氏名							一部負担金額	円	高額療養費の額	円
	過去1年間における高額療養費受給回数	回							高額介護合算療養費の額	円			
保険医療機関等記入欄	年 月 日から												
	年 月 日まで												
	医療費総額(保険診療対象分)	外来	円		保険診療による一部負担金				円				
		入院	円										
	訪問看護療養費の総利用額(保険対象分のみ)		円		回数		回		基本利用料		円		
年 月 日		保険医療機関等所在地 名 称 代 表 者											
保険薬局記入欄	年 月 日 分		処方箋受付回数	回		一部負担金額(保険対象分のみ)		円					
	診療報酬点数		点										
	年 月 日		保険薬局所在地 名 称 代 表 者										
市町村記入欄	一部負担額 A		控除額・附加給付 B			支給額 A-B		備考					
	円		円			円							
	市町村民税課税対象者の控除額算定欄												
	高額療養費等の世帯合算・附加給付額算定欄												

(裏面)

重度心身障害者医療費申請の注意事項

- 1 同一月内に同一被保険者証の被保険者及び被扶養者の自己負担額の合算額が一定額以上を超え高額療養費又は高額介護合算療養費が支給される場合は、被保険者証、同一世帯の領収書及び高額療養費支払通知書又は高額介護合算療養費支払通知書を添付してください。
- 2 過去1年間に同一被保険者証の被保険者又は被扶養者で、高額療養費の該当回数が4回以上あった場合は、4回目以降は、被保険者証及び支払通知を添付してください。
- 3 院外処方による調剤の場合には、保険薬局から証明してもらってください。
- 4 偽りその他不正行為により医療費の支給を受けた場合は、支給を受けた額の全部又は一部を返還していただくことがあります。

様式第8号(第6条関係)

年 月分 重度心身障害者医療費請求書送付書

十和田市長		様			年 月 日
		医療機関等の	所在地 名 称 開設者		㊟
次のとおり、重度心身障害者医療費の請求書を送付します。					
区 分	件 数	診療報酬総点数	保険負担点数	請 求 金 額	
国 保	3割(7割給付)		点	点	円
	2割(8割給付)		点	点	円
社 保 等	3割(7割給付)		点	点	円
	2割(8割給付)		点	点	円
合 計			点	点	円
※ 決 定					

※印欄は、記入しないでください。





様式第10号(第7条関係)

高額療養費給付額調書

被保険者の記 号番号	医 療 機 関 名	医療を受け た対象者 氏名	診 療 月	高額療養 費給付額 ア	対象者の 一部負担 額 イ	世帯員の状況		備 考 (算定内容) エ
						医療を 受けた 者の 氏 名	一 部 負 担 額 ウ	

上記のとおりです。

年 月 日

保険者



十和田市長 様

注 保険者は、ア欄に記入してください。

なお、世帯合算による高額療養費支給の場合のみイ欄以降を記入してあります。

様式第11号(第7条関係)

委 任 状

私は、十和田市長                      を代理人と定め、              年              月分の重度心身障害者  
分に係る高額療養費の受領について一切の権限を委任いたします。

年              月              日

委任者 住所

(世帯主)氏名



様式第12号（第8条関係）

第 号  
年 月 日

様

十和田市長



重度心身障害者医療費助成額決定(振込)通知書

年 月 日付で申請のありました重度心身障害者医療費について、審査の結果、次のとおり決定しましたので通知します。

支 払 金 額	円	年 月 助成分
金 融 機 関 名		
支 払 日	年 月 日	

上記の金額をあなたの口座に振り込みますので通知します。

教示

- 1 この決定について不服がある場合には、この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、市長に対して審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この決定については、この決定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、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。ただし、上記1の審査請求をした場合には、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、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第13号(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届

年 月 日

十和田市長 様

住 所  
申請者  
ふりがな  
氏 名 ㊟

次のとおり、重度心身障害者医療費受給に関し、交付申請及び受給者証(受給者決定通知書)の内容に変更がありましたのでお届けします。

受 給 者 氏 名		受 給 者 番 号
変 更 の 内 容	(1) 住所 (2) 氏名 (3) 障害の程度	
	(4) 対象者が加入している国民健康保険、社会保険各法の被保険者又は組合員	
	(5) 対象者が加入している社会保険各法の保険者及びその所在地、名称	
	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日	

- 注 1 変更の内容欄には、該当する数字を○で囲んでください。  
2 受給者証(受給者決定通知書)を添付してください。

様式第1号（第3条関係）

（平28規則2・全改）

様式第2号（第3条関係）

（平17規則206・全改）

様式第3号（第3条関係）

（平17規則206・全改、平21規則37・一部改正）

様式第4号（第3条関係）

（平17規則206・全改）

様式第5号（第3条関係）

（平21規則37・一部改正）

様式第6号（第5条関係）

様式第7号（第6条関係）

（平28規則42・全改）

様式第8号（第6条関係）

（平28規則42・追加）

様式第9号（第7条関係）

（平20規則13・全改、平28規則42・旧様式第8号繰下）

様式第10号（第7条関係）

（平20規則13・一部改正、平28規則42・旧様式第9号繰下）

様式第11号（第7条関係）

（平28規則42・旧様式第10号繰下）

様式第12号（第8条関係）

（平28規則12・全改、平28規則42・旧様式第11号繰下）

様式第13号（第9条関係）

（平28規則42・旧様式第12号繰下）