

○三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則

昭和50年9月30日

規則第17号

(趣旨)

第1条 この規則は、三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例（昭和50年三芳町条例第22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。

(社会保険各法)

第2条 条例第1条に規定する規則で定める社会保険各法は、次の各号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）

(受給資格の登録)

第3条 条例第5条第1項に規定する申請書は、様式第1号のとおりとする。

2 町長は、前項の申請書が提出された場合には、条例第2条第1項各号のいずれかに該当するかどうか次の各号に掲げる書類により確認するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳、埼玉県療育手帳制度要綱（平成14年埼玉県告示第1365号）に基づく療育手帳又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に規定する精神障害者保健福祉手帳
- (2) 前号の身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を特別の理由により所持していない場合は、当該理由及び障害の程度を証する書類
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）及び前条に規定する社会保険各法の被保険者証、組合員証又は加入者証
- (4) その他町長が必要と認める書類

3 第1項の申請書には、条例第4条第2項の所得（1月から9月までの間に対象者となる手続が行われる場合は、前々年の所得）を証明する書類を添付しなければならない。

4 町長は、前2項に掲げる書類のうち、その内容を公簿等で確認できる場合は、当該書類の添付の省略を認めることができる。

5 条例第5条第2項に規定する登録を行わないときは、様式第8号の重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書により、通知するものとする。

(受給者証)

第4条 条例第6条に規定する受給者証は、様式第2号とする。ただし、条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に交付する受給者証は、様式第2号の2とする。

2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第14条の4第1項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第14条又は第19条の2の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたものの（同法第14条の4第1項第2号に掲げる医薬品及び新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）の使用を促進するため、条例第3条に規定する対象者の承諾が得られた場合は、第1項に規定する受給者証の表面に、後発医薬品を希望する旨の文言を記載するものとする。

3 町長は、条例第6条の規定により受給者証の交付を行わないときは、様式第10号の重度心身障害者医療費支給停止通知書（以下「支給停止通知書」という。）により通知するものとする。

4 受給者証を破損し、又は亡失した者は、様式第3号の重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書を町長に提出し、再交付を受けることができる。

5 受給者証の更新は毎年10月1日に行うこととする。

6 受給者証の有効期間は、申請日又は更新日の属する月の初日からそれ以後最初の更新日の前日又は受給資格消滅日のうち早いほうの日までとする。ただし、身体障害者手帳に再認定年月、療育手帳に次回判定年月の記載がある場合又は精神障害者保健福祉手帳の場合の有効期限は、次のとおりとする。

(1) 身体障害者手帳に再認定年月がある場合は、更新日の前日、再認定年月の末日又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

(2) 療育手帳に次回判定年月がある場合は、更新日の前日、次回判定年月の末日又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

(3) 精神障害者保健福祉手帳の場合は、更新日の前日、精神障害者保健福祉手帳の有効期限又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

7 前項の規定にかかわらず、次の各号の一に該当する者は、当該各号に規定する日を申請日とみなす。

(1) 新規に身体障害者手帳（条例第2条第1項第1号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。）療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。）の交付を受けたときは、当該身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付日の属する月の初日

(2) 条例第3条の対象者（前号及び条例第3条第2項第4号ただし書に規定する者を除く。）となった後15日以内（当該期間が経過するまでの間に災害その他やむを得ない理由が生じた場合には、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内）に条例第5条の申請をしたときは、対象となった日

(3) 前2号に掲げるもののほか、対象者が災害その他やむを得ない理由により条例第5条の申請をすることができなかつた場合において、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内にその申請をしたときは、災害その他やむを得ない理由により当該申請をすることができなくなつた日

（請求）

第5条 条例第8条第1項に規定する請求は、様式第4号又は第4号の2により、医療機関等の発行する領収書を付して行わなければならない。

2 条例第8条第2項に規定する医療機関等は、様式第5号による請求書を町長に提出するものとする。ただし、当該支払額の審査及び当該支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金埼玉支部又は埼玉県国民健康保険団体連合会に委託している場合は、この限りでない。

3 条例第2条第4項に規定する医療機関等は、三芳町、富士見市、ふじみ野市以外については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者並びに柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第2条第1項に規定する柔道整復師及びあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第1条に規定するあん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許を受けた者を含めない。

（支給決定の通知）

第6条 町長は、前条の請求書を受理したときは、その適否を審査し、当該請求に係る支給の額を決定し、様式第6号の重度心身障害者医療費支給決定兼振込通知書により、当該請求者に通知するものとする。ただし、当該支払額の審査及び当該支払に関する事務を社会

保険診療報酬支払基金埼玉支部又は埼玉県国民健康保険団体連合会に委託している場合は、この限りではない。

(助成金の支給)

第7条 医療費助成金は、毎月20日までに請求がなされたものについて、速やかに支給するものとする。ただし、特別の理由がある場合は、この限りでない。

(現物支給)

第8条 町は、現物支給を行った医療機関等から、国民健康保険分及び国民健康保険組合分については埼玉県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）を経由して、被用者保険分については社会保険診療報酬支払基金埼玉支部（以下「支払基金」という。）を経由して、一部負担金相当額の請求があった場合には、連合会又は支払基金を経由して、当該請求に係る一部負担金相当額を医療機関に支払うものとする。

2 前項の支払は、連合会及び支払基金が医療機関に別途行う通知において指定する日に行うものとする。

3 現物給付限度額については、同月内かつ同一診療において、21,000円未満の医療費とし、21,000円以上の現物給付は行わない。ただし、三芳町、富士見市、ふじみ野市の医療機関等においては、現物給付限度額を適用しない。

(届出事項)

第9条 条例第9条に規定する届け出は、喪失の場合は、三芳町障害者在宅福祉サービス事業の共通様式を定める規則（平成29年三芳町規則第14号）第4条に規定する共通様式第3号により、変更の場合は、様式第7号によるものとする。

2 条例第9条第2項に規定する届出は、受給者証の有効期間（第4条第3項の規定により支給停止通知書の通知を受けた者にあつては、当該通知書に記載された停止期間満了の日前1月）以内に様式第11号の所得状況届に所得を証明する書類を添付して、町長に提出しなければならない。ただし、町長は、添付書類の内容を公簿等により確認することができるときは、当該届出及び添付書類の提出の省略を認めることができる。

(受給者証の返還)

第10条 受給者がその資格を喪失したときは、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

(受給資格消滅の通知)

第11条 町長は、受給者が条例第3条の資格要件に該当しなくなったと認めたときは、様式第9号の重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書により、当該受給者であった者に通

知する。ただし、受給者が死亡した場合は、この限りでない。

附 則

- 1 この規則は、昭和50年10月1日から施行する。
- 2 三芳町重度心身障害者（児）の医療費の支給に関する条例施行規則（昭和49年三芳町規則第5号）は、廃止する。
- 3 三芳町役場の組織及び事務分掌に関する規則（昭和46年三芳町規則第9号）の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

- 4 三芳町事務専決規則（昭和46年三芳町規則第18号）の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

附 則（昭和53年規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（昭和53年規則第11号）

この規則は、昭和53年7月1日から施行する。

附 則（昭和54年規則第30号）抄

- 1 この規則は、昭和54年8月1日から施行する。

附 則（昭和54年規則第49号）

この規則は、昭和54年10月1日から施行する。

附 則（昭和56年規則第14号）

この規則は、昭和56年4月1日から施行する。

附 則（昭和58年規則第2号）

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則（昭和59年規則第15号）

- 1 この規則は、昭和60年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際に、旧規則の規定に基づき作成されている用紙は、この規定にかかわらず、当分の間使用することができる。

附 則（昭和62年規則第24号）

この規則は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則（平成2年規則第15号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成3年規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成4年規則第12号）

この規則は、平成4年4月1日から施行する。

附 則（平成6年規則第22号）

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則（平成7年規則第20号）

この規則は、平成7年7月1日から施行する。

附 則（平成9年規則第18号）

この規則は、平成9年9月1日から施行する。ただし、改正後の第2条第4号の規定は、平成9年4月1日から適用する。

附 則（平成10年規則第18号）

この規則は、平成10年4月1日から施行し、改正後の第2条第3号の規定は、平成10年1月1日から適用する。

附 則（平成10年規則第24号）

1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の第3条の規定は、平成10年1月1日から適用する。

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成10年規則第37号）

この規則は、平成10年8月1日から施行する。

附 則（平成12年規則第8号）

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成12年規則第30号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成13年規則第36号）

この規則は、平成14年1月1日から施行する。

附 則（平成14年規則第34号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成15年規則第9号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成17年規則第36号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第9号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第27号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成19年規則第13号）

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第11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20号）

（施行期日）

第1条 この規則は、公布の日から施行し、改正後の三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）第4条の規定は、平成21年4月1日から適用する。

（経過措置）

第2条 この規則の施行の際現に改正前の三芳町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則（以下「改正前の規則」という。）の様式による申請及び届出は、改正後の規則の規定の様式による申請及び届出とみなす。

2 この規則の施行の際現に改正前の規則の規定により作成されている様式は、改正後の規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成22年規則第14号）

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成24年規則第30号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成24年10月1日から適用する。

附 則（平成25年規則第4号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成26年規則第3号）

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成26年規則第15号）

（施行期日）

1 この規定は、平成27年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則施行の際、現に改正前の規則により作成されている様式は、改正後の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成29年規則第12号）

(施行期日等)

1 この規則は、公布の日から施行し、平成28年4月1日から適用する。ただし、第4条に第2項を加える改正規定及び第8条の改正規定は、平成29年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の第4条第8項第2号及び第3号の規定は、平成28年4月1日以降に対象者となった者に適用し、同日前に対象者となった者については、なお従前の例による。

3 この規則施行の際、現に改正前の規則により作成されている様式は、改正後の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成30年規則第21号）

この規則は、平成31年1月1日から施行する。ただし、この規則施行の際現に受給者証の交付を受けている者に対する第3条第3項、第4項、第4条第3項、第5項及び第6条第2項の規定は、平成34年10月1日から適用する。

附 則（令和元年規則第8号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年規則第19号）

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）

(施行期日)

1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和3年規則第8号）

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年規則第3号）

この規則は、令和4年4月1日から施行する。ただし、様式第2号及び様式第2号の2の



改正規定は、令和4年10月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先)三芳町長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり、三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第5条の規定により、申請いたします。

受給者	フリガナ		個人番号								
	氏名		生年月日					年	月	日	
	住所										
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	等級	1級・2級・3級・(4級)							
			有効期限	なし・年 月 日							
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	等級	㊦・A・B							
		有効期限	なし・年 月 日								
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級	1級									
	有効期限	年 月 日									
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療障害認定者	等級	施行令別表 号該当									
	有効期限	なし・年 月 日									
保護者	フリガナ		個人番号								
	氏名		生年月日					年	月	日	
	住所								受給者との続柄		
医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	記号・番号				保険者の名称			
振込先	金融機関名		預金種目	口座番号							
	銀行 信協 農( ) 本店 支( )		普通 当座 ( )	フリガナ							
				口座 名義人							
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証へ記載してよいか。								○	×		
申請事由	障害該当 ( 新規・再認定 ) ・ 転入 ・ その他( )										
申請事由発生年月日			年 月 日								

(裏面に続く。)

(裏)

同 意 書

三芳町が、重度心身障害者医療費支給資格の認定及び支給のため、私及び私の世帯の住民基本台帳又は課税台帳の情報、障害の状況等の情報並びに健康保険の資格、給付状況等について閲覧すること及び関係機関に照会・調査することに同意します。

年 月 日 受 給 者 \_\_\_\_\_

「重度心身障害者医療費支給制度のご案内」を受領しました。

年 月 日 申 請 者 \_\_\_\_\_

代理受領 \_\_\_\_\_  
(続柄 )

様式第2号 (第4条関係)

(表)

		後期医療	社保	国保
(障) 三芳町重度心身障害者 医療費受給者証		県内現物		
公費負担者番号				
受給者証番号				
受給者	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日
保護者	氏名		受給者との続柄	
	住所			
食事療養費		助成対象外		
有効期間		年	月	日から
		年	月	日まで
現物給付 対象医療機関				
現物給付 限度額				
年 月 日		埼玉県入間郡三芳町長 印		

※ (裏面注意事項をお読みください。)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、三芳町重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給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 この受給者証は、受診の都度、保険医療機関等の窓口に表示してください。
  - 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関以外での受診や柔道整復等の療養費は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後三芳町役場窓口へ提出してください。  
(限度額ありの場合以下を追加)  
また、現物給付には、保険医療機関単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後三芳町役場窓口へ提出してください。
  - 4 三芳町から転出後は本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますのでご注意ください。
  - 5 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等に提示しないでください。
  - 6 自立支援医療（精神通院医療など）や他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
  - 7 次の場合は必ず三芳町役場へ届出をしてください。
    - (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
    - (2) 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。
    - (3) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。
    - (4) 障害程度に変更があったとき。
    - (5) その他、登録内容に変更が生じたとき。
  - 8 この受給者証は、支給資格を喪失したときは速やかに三芳町役場へ返却してください。
  - 9 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。
- 問合せ先  
三芳町福祉課 TEL049-258-0019

様式第2号の2 (第4条関係)

(表)

		後期医療	社保	国保
<input type="checkbox"/> 三芳町重度心身障害者 医療費受給者証		限内現物		
公費負担者番号				
受給者証番号				
受給者	氏名			
	住所			
	生年月日	年 月 日		
保護者	氏名		受給者との続柄	
	住所			
食事療養費		助成対象外		
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
現物給付 対象医療機関				
現物給付 限度額				
年 月 日		埼玉県入間郡三芳町長 印		

※ (裏面注意事項をお読みください。)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、三芳町重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給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 この受給者証は、受診の都度、保険医療機関等の窓口に表示してください。
  - 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関以外での受診や柔道整復等の療養費は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後三芳町役場窓口へ提出してください。  
(限度額ありの場合以下を追加)  
また、現物給付には、保険医療機関単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後三芳町役場窓口へ提出してください。
  - 4 三芳町から転出後は本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますのでご注意ください。
  - 5 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等に提示しないでください。
  - 6 自立支援医療（精神通院医療など）や他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
  - 7 精神病院の入院に係る一部負担金は支給されません。
  - 8 次の場合は必ず三芳町役場へ届出をしてください。
    - (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
    - (2) 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。
    - (3) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。
    - (4) 障害程度に変更があったとき。
    - (5) その他、登録内容に変更が生じたとき。
  - 9 この受給者証は、支給資格を喪失したときは速やかに三芳町役場へ返却してください。
  - 10 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。
- 問合せ先  
三芳町福祉課 TEL049-258-0019 1

様式第3号(第4条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)三芳町長

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

破 損  
重度心身障害者医療費受給者証を  
亡 失 したので、再交付を申請いたします。

受給者	フリガナ			受給者番号																
	氏 名			個人番号																
	生年月日	年 月 日																		
	住 所																			
	医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	記号・番号	保険者の名称															
保護者	フリガナ			個人番号																
	氏 名			生年月日	年 月 日															
	住 所			受給者との続柄																



<p><b>重度心身障害者医療費請求書</b></p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 三芳町長</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 印 (電話 )</p> <p>下記のとおり三芳町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により、請求します。</p>				
一部負担金の額	円	附加給付の額		
内訳 保険診療	円	高額療養費の額		助成請求額
その他	円		円	円
受 給 者	受給者証 番号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名
	ふりがな			記 号 番 号
	氏 名			名 称
	生年月日	年 月 日		

	入院 日	外来 日				
<p><b>領 収 書</b></p> <p>¥ _____</p> <p>ただし、年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。) 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。</p> <table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">保険診療総点数</td> <td style="padding: 2px;">点</td> <td style="padding: 2px;">他法負担点数</td> <td style="padding: 2px;">点</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">医療機関所在地(住所) 名称 氏名 印</p>			保険診療総点数	点	他法負担点数	点
保険診療総点数	点	他法負担点数	点			

- 注 1 上部請求書欄は、申請者が記入してください。  
 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

附加給付額	支給決定額	不支給の理由等	レセプト	受付	年 月 日
円	円			支給	年 月 日

## 重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

(あて先) 三芳町長

住所

氏名

印

(電話

)

下記のとおり三芳町重度心身障害者医療費の支給に関する条例第8条第1項の規定により、請求します。

助成請求 金 額	入 院	日	保険診療一部負担金	円
	外 来	月分	保険診療一部負担金	円
	合 計			円
受 給 者	氏 名			
	受給者証 番 号			

(注)この請求書は、70歳以上及び後期高齢者医療制度加入者にかかる医療費を請求する場合に記入してください。

支給決定額	不支給の理由	レセプト	受付	年 月 日
円			支給	年 月 日

様式第5号(第5条関係)

重度心身障害者医療に関する診療報酬請求書(国保・社保)

年 月 日

--	--	--	--	--	--

(あて先)三芳町長

医療取扱機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

電話 ( )

請求金額 円  
(請求件数 件)

年 月分を下記のとおり請求します。

継続 保 険 有 り	受給者証 番号	診 療 月	受給者名	種別	入 院 外 来 日 数	診 療 科	総 点 数 (食 事 療 養 除 く)	保 険 診 療 一 部 負 担 金  (請 求 金 額)	食 事 回 数	高 額 療 養 費 限 度 額	附 加 給 付 金
				1入院 2外来 3歯科 4調剤 6訪問看護 7柔道整復					食 事、 生 活 標 準 負 担 額		
合 計								円			

- (注)①種別欄は、番号で記入してください。  
 ②請求金額は、合計欄の金額を記入してください。  
 ③国保・社保は、別書としてください。  
 ④他法負担がある場合は、総点数欄に他法負担点数を括弧書きしてください。

様式第6号(第6条関係)

重度心身障害者医療費支給決定兼振込通知書

年 月 日

様

三芳町長

申請がありました医療費について、下記のとおり指定の口座に振込手続きをいたしましたので、通知します。

記

重度資格者		金融機関名	
振込予定日		口座番号	
助成金合計		口座名義人	

助成内訳

診療年月	受診者名		医療機関名	
	診療区分	医療点数(療養費)	本人負担額	助成金額

問い合わせ先

三芳町役場 福祉課  
三芳町大字藤久保1100-1  
TEL 049-258-0019  
FAX 049-274-1051

様式第7号(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

(あて先)三芳町長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり変更がありましたので届出いたします。

受 給 者	フリガナ		受給者番号				
	氏 名		個 人 番 号				
	住 所		生 年 月 日				
保 護 者	フリガナ		個 人 番 号				
	氏 名		生 年 月 日				
	住 所			受給者との続柄			
変 更 内 容	事 項	変 更 後 の 内 容					
	<input type="checkbox"/> 氏名の変更	フリガナ					
	<input type="checkbox"/> 住所の変更						
	<input type="checkbox"/> 障害程度の変更						
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更	保険者の名称			記号・番号		
		被保険者氏名			受給者との続柄		
	<input type="checkbox"/> 振込口座の変更	金融機関名			預金種目		
		銀行 信金 農協 ( )			本店 支店 ( )		普通 当座 ( )
		口座名義人			口座番号		
<input type="checkbox"/> その他 ( )	フリガナ						
変更年月日			年 月 日				

(裏面に続く。)

(裏)

「重度心身障害者医療費支給制度のご案内」を受領しました。

年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_

代理受領  
(続柄 \_\_\_\_\_)

※保険変更・70歳到達等により請求の方法が変わる場合は、上記受領欄に署名すること。

様式第8号(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書

番 号  
年 月 日

様

三芳町長

年 月 日付けで申請のあった重度心身障害者医療費受給資格登録申請については、審査の結果、次の理由で対象者と認められませんので通知します。

氏 名

理 由

教 示

1 審査請求について

この処分不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、三芳町長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分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、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の通知を受けた日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日)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、三芳町を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において三芳町を代表する者は、三芳町長です。

ただし、この処分があったことを知った日(1の審査請求をした場合は、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か月以内であっても、この処分の日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

様式第9号(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書

番 号  
年 月 日

様

三芳町長

次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格が消滅しましたので通知します。

- 1 消滅者氏名
- 2 消滅した年月日 年 月 日
- 3 消滅した理由

教 示

- 1 審査請求について  
この処分に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、三芳町長に対して審査請求をすることができます。  
ただし、この処分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、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 取消訴訟について  
この処分の通知を受けた日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日)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、三芳町を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において三芳町を代表する者は、三芳町長です。  
ただし、この処分があったことを知った日(1の審査請求をした場合は、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か月以内であっても、この処分の日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、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。



様式第10号（第4条関係）

重度心身障害者医療費支給停止通知書

番 号  
年 月 日

様

三芳町長

次のとおり、重度心身障害者医療費の支給停止を決定しましたので通知します。

1 支給停止の理由

2 支給停止の期間

年 月 日から 年 月 日まで

教 示

1 審査請求について

この処分に不服がある場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、三芳町長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分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、この処分の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の通知を受けた日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の通知を受けた日）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、三芳町を被告としてさいたま地方裁判所に提起することもできます。この場合、当該訴訟において三芳町を代表する者は、三芳町長です。

ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、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か月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

様式第11号（第6条関係）

所得状況届

年 月 日

（あて先）三芳町長

住所

氏名

（電話 ）

年の所得の状況について別添のとおり届け出ます。

様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第2号の2 (第4条関係)

様式第3号 (第4条関係)

様式第4号 (第5条関係)

様式第4号の2 (第5条関係)

様式第5号 (第5条関係)

様式第6号 (第6条関係)

様式第7号 (第9条関係)

様式第8号 (第3条関係)

様式第9号 (第11条関係)

様式第10号 (第4条関係)

様式第11号 (第6条関係)