

新見市重度心身障害者医療費給付条例施行規則(平成17年新見市規則第99号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、新見市心身障害者医療費給付条例(平成17年新見市条例第129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。

(負担上限月額)

第2条 条例第4条第1項の規則で定める額は、別表第1に定める受給資格者の区分(以下「所得区分」という。)に応じ、別表第2に掲げる額(以下「負担上限月額」という。)とする。

(一部負担金の減免)

第3条 条例第4条第3項の規則で定める特別な理由は、条例による給付を受ける者の属する世帯の主たる生計維持者(療養を受ける者が市町村国民健康保険の被保険者又は高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。)の規定による後期高齢者医療制度の被保険者であるときは世帯主、被用者保険又は国民健康保険組合の被保険者、加入者、組合員又は被扶養者であるときは被保険者、加入者又は組合員とする。)がおおむね過去1年以内の間に次に掲げる事由のいずれかに該当したことにより、条例の定めるところにより当該市民税を減免され、又は生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第2項に規定する要保護者である者(同法第6条第1項に規定する被保護者又は一部負担金の減免により同法の規定による保護を要しないこととなる者をいう。以下同じ。))となった場合とし、市民税が課されていない者又は要保護者である者が、おおむね過去1年以内の間に次に掲げる事由のいずれかに該当した場合も同様とする。

- (1) 震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けた場合
- (2) 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁、その他これに類する理由により著しく収入が減少した場合
- (3) 事業又は業務の休廃止、失業等により収入が著しく減少した場合
- (4) 重篤な疾病又は負傷により死亡し、心身に重大な障害を受け、又は長期間入院した場合
- (5) その他前各号に準ずるものとして市長が認めた場合

(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 市長は、前項の申請書の提出を受けたときは、その適否について審査を行い、適当と認めた者については、心身障害者医療費受給資格証交付台帳(様式第2号)に記載し、加入保険により区分して心身障害者医療費受給資格証(様式第3号。以下「受給資格証」という。)を交付し、申請を不適当と認めた者については、心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請却下通知書(様式第4号)により当該申請者にその旨通知するものとする。

3 条例第6条第3項の規定による受給資格証更新の申請は、その有効期間満了日までに第1項により行うものとし、更新申請を不適当と認めた者については、前項の規定により通知するものとする。

(一部負担金の減免の手続等)

第5条 第3条の規定に該当し、一部負担金の減額又は免除を受けようとする者は、心身障害者医療費一部負担金減免申請書(様式第5号)を市長に提出し、心身障害者医療費一部負担金減免証明書(様式第6号)の交付を受けなければならない。

2 前項の規定による証明書の交付を受けた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。)に対し受給資格証とともに当該証明書を提出しなければならない。

3 市長が第1項の規定による証明書の交付をしたときは、心身障害者医療費一部負担金減免証明書交付簿(様式第7号)に記録し整理するものとする。

(医療費の支払)

第6条 条例第10条第1項に規定する医療費の審査及び支払いに関する事務は、岡山県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

(医療費の支払の特例)

第7条 条例第10条第1項ただし書に規定する規則で定める場合とは、次の各号に掲げる場合とする。

- (1) 岡山県外の医療機関等で療養を受けた場合
- (2) 医療保険各法に規定する療養費の支給の対象となる療養を受けた場合
- (3) 医療保険各法に規定する移送費の支給、家族移送費の支給の対象となる移送を受けた場合
- (4) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は高齢者医療確保法に規定する被保険者資格証明書を提出し療養を受けた場合
- (5) 受給資格者が医療機関等に対し支払った同一の月における条例第4条第1項の規定による一部負担金の合計額が負担上限月額を超えた場合

- (6) 岡山県内に事務所を有しない国民健康保険組合のうち別に定めるもの以外のもの又は岡山県外の市町村が行う国民健康保険の被保険者及び岡山県後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の被保険者が療養を受けた場合
- (7) その他市長が必要と認めた場合

(医療費給付申請の方法)

第8条 前条第1号及び第6号に規定する給付を申請する場合は、心身障害者医療費給付申請書(様式第8号。以下「給付申請書」という。)に、医療機関等が発行する療養を受けた日の属する1箇月分の領収証を添付して、市長に申請しなければならない。ただし、岡山県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の被保険者が同条第1号に規定する給付を受ける場合は、申請を要しない。

2 前条第2号から第4号までに規定する給付を申請する場合は、給付申請書に保険者が発行する通知書又は証明書(様式第9号)を添付して行うものとする。ただし、岡山県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療制度の被保険者が同条第2号及び第3号に規定する給付を受ける場合は、申請を要しない。

3 前条第5号に規定する給付を申請する場合は、心身障害者医療費一部負担限度額差額給付申請書(様式第10号。以下「差額給付申請書」という。)に、医療機関等が発行する療養を受けた日の属する一箇月分の領収証を添付して、市長に申請しなければならない。ただし、市長が認めるときは、当該領収証の添付を省略することができる。

4 前条第7号に規定する給付を申請する場合には、別に市長が定めるところにより、前3項のいずれかの方法により、市長に申請しなければならない。

(医療費給付の決定等)

第9条 市長は、前条の規定による給付申請書又は差額給付申請書の提出を受けたときは、給付の適否について審査を行い、適当と認めた者については心身障害者医療費給付決定通知書(様式第11号)により、給付を不適当と認めた者については心身障害者医療費給付却下通知書(様式第12号)により、その旨を当該申請者に通知するものとする。

(届出)

第10条 条例第12条に規定する規則で定める事項とは、次の各号に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者の住所及び氏名
 - (2) 被保険者名、加入者名又は組合員名
 - (3) 保険者名
 - (4) 記号・番号
 - (5) 附加給付金の内容
 - (6) 受給資格者の属する世帯の世帯主及び世帯員
 - (7) 受給資格者又は受給資格者の属する世帯の世帯主及び世帯員にかかる所得若しくは課税の状況
- 2 前項各号に掲げる事項の変更に係る届出は、心身障害者医療費受給資格変更届(様式第13号)により行うものとする。
- 3 条例第12条に規定する給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときの届出は、第三者行為傷病届(様式第14号)により行うものとする。
- 4 条例第12条の規定による受給資格を失ったときの届出は、心身障害者医療費受給資格喪失届(様式第15号)により行うものとする。

(再交付)

第11条 条例第13条の規定による申請は、心身障害者医療費受給資格証再交付申請書(様式第16号)により行うものとする。

(医療費の返還)

第12条 条例第15条の規定による医療費の返還命令は、心身障害者医療費返還通知書(様式第17号)により行うものとする。

(医療費支給台帳)

第13条 市長は、心身障害者医療費支給台帳(様式第18号)を備え、医療費の給付に関して必要な事項を記録しておかなければならない。

(その他)

第14条 この規則により定めるもののほか、心身障害者医療費の給付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 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。
(経過措置)
- 2 この規則による改正後の新見市心身障害者医療費給付条例施行規則(以下「新規則」という。)の規定にかかわらず、この規則による施行日から令和6年6月30日までの間に行われる療養に要する費用についての新規則第2条の規定による負担上限月額適用については、新規則別表第2中「44,400円」とあるのは「31,000円」と、「80,100円に総医療費の1%を加算した額」とあるのは「56,000円」と、「12,000円」とあるのは「8,000円」と

と、「6,000円」とあるのは「4,000円」と、「4,000円」とあるのは「1,400円」と、「2,000円」とあるのは「700円」と読み替えるものとする。

- 3 この規則による改正前の新見市重度心身障害者医療費給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。
- 4 別表第1の適用に当たっては、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」と読み替えるものとする。
- 5 別表第1の低所得Ⅱの項における所得割が課さ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項の規定による控除対象者(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」と読み替えて適用する。)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。

附 則(平成19年3月23日規則第12号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成19年6月29日規則第42号)

この規則は、平成19年7月1日から施行する。

附 則(平成20年3月31日規則第28号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20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、現に受給資格証の交付を受けている者(高齢者医療確保法の規定による後期高齢者医療制度の施行に伴い、規則別表第1の備考に規定する受給資格者と生計を一にする者が変更されることとなる者に限る。)に係る同備考の規定の適用については、平成20年6月30日までの間は、なお従前の例によることができる。
- 3 この規則による改正前の新見市中心身障害者医療費給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成21年3月31日規則第7号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この規則による施行日から平成24年3月31日までの間に行われる療養に要する費用についての規則第2条の規定による負担上限月額額の適用については、規則別表第2中「44,400円」とあるのは「31,000円」と、「80,100円に総医療費の1%を加算した額」とあるのは「56,000円」と、「12,000円」とあるのは「8,000円」と、「6,000円」とあるのは「4,000円」と、「4,000円」とあるのは「1,400円」と、「2,000円」とあるのは「700円」と読み替えるものとする。
- 3 この規則による改正前の新見市中心身障害者医療給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成21年9月1日規則第32号)

この規則は、公布の日から施行し、平成21年8月1日から適用する。

附 則(平成22年3月25日規則第13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2月1日規則第4号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この規則による施行日から平成25年6月30日までの間に行われる療養に要する費用についての第2条の規定による負担上限月額額の適用については、別表第2中「44,400円」とあるのは「31,000円」と、「80,100円に総医療費の1%を加算した額」とあるのは「56,000円」と、「12,000円」とあるのは「8,000円」と、「6,000円」とあるのは「4,000円」と、「4,000円」とあるのは「1,400円」と、「2,000円」とあるのは「700円」と読み替えるものとする。
- 3 この規則による改正前の新見市中心身障害者医療給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成24年6月29日規則第30号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成24年7月1日から施行する。
(経過措置)

- 2 この規則による改正後の新見市心身障害者医療費給付条例施行規則の規定にかかわらず、平成24年6月30日までの間に療養を受けた月に係る別表第1の所得区分については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の日から平成24年7月31日までの間における別表第1の所得区分の適用に当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項の規定が、国民健康保険法施行令等の一部を改正する政令(平成23年政令第430号)第4条の規定により、この規則の施行の日に改正されたものとして適用する。
- 4 前項の規定による別表第1の適用に当たっては、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」と読み替えるものとする。
- 5 第3項による別表第1の低所得Ⅱの項における所得割が課さ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項の規定による控除対象者(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」と読み替えて適用する。)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。

附 則(平成25年6月28日規則第18号)

この規則は、平成25年7月1日から施行する。

附 則(平成26年6月30日規則第25号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成26年10月1日から施行する。ただし、附則第2項の改正規定は、平成26年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前までに受けた医療保険各法の規定による訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給の対象となる療養に係る医療費給付申請の方法については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現に発行されている改正前の新見市心身障害者医療費給付条例規則様式第3号による受給資格証は、第1条の規定による改正後の新見市心身障害者医療費給付条例施行規則様式第3号による受給資格証とみなす。
- 4 この規則による改正前の新見市心身障害者医療費給付条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成27年6月25日規則第22号)

この規則は、平成27年7月1日から施行する。

附 則(平成28年3月31日規則第29号)

この規則は、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の施行の日から施行する。

附 則(平成28年4月19日規則第34号)

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。

附 則(平成29年6月13日規則第23号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成30年4月16日規則第18号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和元年5月15日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和2年5月8日規則第29号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和3年6月30日規則第36号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年7月1日から施行する。
- (経過措置)

- 2 この規則による改正後の新見市心身障害者医療費給付条例施行規則の規定にかかわらず、令和3年6月30日までの間に療養を受けた月に係る別表第1の所得区分については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の日から令和3年7月31日までの間における別表第1の所得区分の適用に当たっては、国民健康保険法施行令等の一部を改正する政令(令和2年政令第270号)第6条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第1項の規定により算定するものとする。

附 則(令和4年5月20日規則第17号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和5年3月31日規則第37号)

この規則は、令和5年4月1日から施行する。

別表第1(第2条関係)

所得区分

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月までの場合にあっては、前々年。以下同じ。)中の所得の額(高年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う。))が、それぞれ同条第2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月までの場合にあっては、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同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

備考

- 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年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。)、船員保険法の規定による被保険者、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法に基づく組合員、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年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者に限る。)をいう。
- この表の低所得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。

別表第2(第2条関係)

負担上限月額

所得区分	当該月における療養が外来療養(指定訪問看護を含む。)のみの場合	当該月における療養が入院療養を含む場合
一定以上所得者	44,400円	80,100円に総医療費の1%を加算した額
一般	12,000円	44,400円
低所得Ⅱ	4,000円	12,000円
低所得Ⅰ	2,000円	6,000円

備考

本表において、「80,100円に総医療費の1%を加算した額」とは、80,100円と総医療費(条例第4条第1項に規定する総医療費をいい、その額が801,000円に満たないときは、801,000円)から801,000円を控除した額に100分の1を乗じて得た額(この額に1円未満の端数がある場合において、その金額が50銭未満であるときはこれを切り捨て、その金額が50銭以上であるときはこれを1円に切り上げた額)との合算額をいう。

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

新見市長 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町村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町村へ支払います。

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 重度知的障害者 3 知的障害・身体障害合併障害者			
	身体障害者手帳・療育手帳	手 帳 番 号			
		交 付 年 月 日	年 月 日		
		次回再認定(判定)年月日	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

市町村記入欄

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	
附加給付		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	氏名	加入する医療保険種別	
	※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	
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 〈※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 〈※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ある場合、その氏名を記入し、加入する医療保険の種別に○を記入してください。
- 3 医療保険種別 国保・協会管掌(協管健保)・日雇・組合管掌(組合健保)・共済組合・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

※〈※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

様式第2号(第4条関係)

様式第2号(第4条関係)

心身障害者医療費受給資格証交付台帳

受給資格者番号			(変更)	交付年月日	年	月	日
フリガナ				取得事由			
受給資格者氏名				有効期限(自)	年	月	日
性別		生年月日	年 月 日	有効期限(至)	年	月	日
保護者氏名				再交付年月日	年	月	日
続柄				再交付事由			
郵便番号	電話番号			喪失年月日	年	月	日
住所			(変更)	資格喪失事由			
			(変更)	回収年月日	年	月	日
			(変更)				

被保険者 氏名			長期区分		
(世帯主) 住所			附加給付の有無		
保険種別			所得区分		
保険者名			変更年月日	年	月 日
記号・番号			所得制限		
被保険者番号			他法による受給		
取得年月日	年	月 日			

様式第3号(第4条関係)

心身障害者医療費受給資格証

表面

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	年 月 日から 年 月 日まで							
上記の者の受診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 新見市長 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。								

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。)の窓口提出してください。
なお、この証を医療機関の窓口提出しない場合は、心身障害者医療費助成の取り扱いを受けられないので、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本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本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証を添えて本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、本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、この証は使用できません。
- 11 お問い合わせ先
新見市福祉課

様式第4号(第4条関係)

第 号
年 月 日

様

新見市長



心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請却下通知書

年 月 日付けで申請された心身障害者医療費受給資格証交付申請については、下記の理由により申請を却下します。

記

(理由)

不服の申し立て

- 1 この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新見市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、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、新見市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第 5 号(第 5 条関係)

心身障害者医療費一部負担金減免申請書		
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)	
傷病名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
減額、免除の別		減 額 免 除
申請の理由		
上記のとおり関係書類を添えて心身障害者医療の一部負担金の減額(免除)を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 (居住地) 氏 名 新見市長 様		

様式第6号(第5条関係)

		第 号 年 月 日
心身障害者医療費一部負担金減免証明書		
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)	
減 額、免 除 の 別		減 額(円)、 免 除
有 効 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日
上記のとおり心身障害者医療の一部負担金の減額(免除)しているものであることを証明する。 年 月 日 新見市長 印		

[illegible]

心身障害者医療費一部負担金減免証明書交付簿

[illegible]

様式第8号(第8条関係)

様式第8号(第8条関係)

心身障害者医療費給付申請書

年 月 日

新見市長 様
下記のとおり、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、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名				受給資格者との続柄			
申請者住所	〒 —			TEL	()		
受給資格者	フリガナ				受給資格者の生年月日	年 月 日	
	氏名						
	加入保険者名(会社名)			保険記号番号	単県公費受給資格者番号		

診療年月	年 月分	※複数の医療機関等の申請がある場合は、別頁にこの欄のみ記入ください。	
医療機関等の名称☆			所在地

☆保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、柔道整復施術所等の名称、所在地を記入してください。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合計	負担額
					円
					円
					円
					円
					円
			計	円	円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護も含まれます。

口座番号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協()本店・支店・支所	
	口座種別と口座番号	普通預金	口座番号
	フリガナ		
	名義人		

市町村記入欄※	診療年月			受給資格者番号				
	医療機関等コード			入外				
	加入保険者番号			被保険者番号				
	決定点数(金額)							
	性別	生年月日		日数	給付割合			
	総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養費自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担額(月額) (D)	単県公費一部負担額(月額) (E)	単県公費償還給付額 (F)		
				公費番号	外来・合算			
	円	円	円	円	円	円		
	決裁	課長	課長補佐	係長	主査	係	システム入力	支出命令
							月 日	月 日

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないように留意。
※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F) = (D) - (E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。
※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F) = (C) - (E)
※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F) = (B) - (E)

様式第 9 号(第 8 条関係)

証 明 願					
年 月 日					
保険者 新見市長 様					
(被保険者)					
住 所 氏 名					
次のとおり 老人保健法の規定による医療費療養費(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	老人保健法 による一部 負 担 金 額
			自 年 月 日 至 年 月 日	円	円
給 付 内 容	看護・移送・治療材料・柔道整復・感染症の疾病				
	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 新見市長					
印					

(注) 心身障害者医療費を市町村へ請求する場合は、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」を紛失する等お手もとに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)
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
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
		から 日間	
※上記の欄が足りない場合は(縦紙)に記入してください。			計 (A)

負担割合	所得区分	単県公費一部負担額(月額) (B)	円
		支 給 額 (A)－(B)	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
新見市長 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		

※病院・診療所・薬局等の領収証を、この申請書に添付して下さい。

様式第11号(第9条関係)

第 年 月 日

(申請者)

住所

氏名

様

新見市長



心身障害者医療費給付決定通知書

先に申請のありました心身障害者医療費給付については、下記のとおり給付することとなったので、お知らせします。

受 給 資 格 者 番 号		受 給 資 格 者 名
診 療 年 月		申 請 年 月 日
決 定 年 月 日		支 給 判 定
		支 給
週 及 額		
差 引 支 給 決 定 額		
支 払 方 法		支払(振込)年月日

不服の申し立て

- この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新見市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、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、新見市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第12号(第9条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)
住所
氏名 様

新見市長 

心身障害者医療費給付却下通知書

先に申請のありました心身障害者医療費給付については、下記のとおり却下しますので、お知らせします。

受 給 資 格 者 番 号		受 給 資 格 者 名
診 療 年 月		申 請 年 月 日
決 定 年 月 日		支 給 判 定
		不支給
遡 及 額		
差引支給決定額		
支 払 方 法		支払(振込)年月日

不服の申し立て

- この処分不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新見市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、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、新見市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

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		
新見市長 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	変	
1 氏名	更	
2 住所	前	
3 加入保険関係		
(1)被保険者名	変	
(2)保険者名	更	
(3)記号番号	後	
(4)附加給付の内容		
(5)その他		
4 老人保健法による医療受給者証番号		
5 その他		
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。

様式第 14 号(第 10 条関係)

第 三 者 行 為 傷 病 届					
年 月 日					
新見市長 様					
届出人 住所 氏名					
受 給 資 格 者	氏 名		性別	生年月日	受 給 資 格 者 記 号 ・ 番 号
			男・女	年 月 日	
加害者	住 所				
	氏 名				
	生年月日				
被 害 の 内 容					
傷 病 の 状 況					

(注) 1 警察署で事故証明書を作成してもらい、この届けに添えて提出してください。
 2 示談成立のときは、示談書の写しを添えて提出してください。

様式第 15 号(第 10 条関係)

心身障害者医療費受給資格喪失届					
年 月 日					
新見市長 様					
申請者 住所 氏名					
対 象 者	氏 名	性別	生年月日	受 給 資 格 証 号 記 号 ・ 番 号	
		男・女	年 月 日		
資格喪失の理由	1 市町村へ転出 2 治癒 3 死亡 4 他の医療給付を受ける 5 その他				
資格喪失年月日	年 月 日				

(注) 受給資格証を添えて提出してください。

様式第 16 号(第 11 条関係)

心身障害者医療費受給資格証再交付申請書					
年 月 日					
新見市長 様					
申請者 住所 氏名					
申 請 者 (受給資格者)	氏 名	性別	生年月日		受給資格証 記号・番号
		男・女	年 月 日		
紛 失(破 損) 理 由					
被保険者又は 組 合 員 氏 名		加入医療保険	名 称		
			記号番号		
老人保健法による医療受給者証番号	市 町 村 番 号				
	受 給 者 番 号				

(注) 破損の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。

様式第17号(第12条関係)

		第 年	月	号 日
様				
新見市長		印		
心身障害者医療費返還通知書				
このことについて、さきに下記医療費を支給しましたが、返還していただきますよう通知します。				
記				
1 医療費	支 給 年 月 日	支 給 金 額		
		円		
2 返還理由				
3 返還金納付期日 年 月 日				
4 返還金納付場所				
(注) この通知書を必ずご持参ください。				

様式第18号(第13条関係)

[illegible]

様式第19号(第14条関係)

委 任 状

受任者 新見市長 様

上記の者に対して、次の事項を委任します。
私の被扶養者である の 年 月 日以降の療養に係る
家族療養費付加金の受領に関すること。ただし、保険者が当該療養に係る家族療養費に相
当する金額を保険医療機関等に支払う場合であって、かつ、新見市中心身障害者医療費給付
条例の規定により が保険の自己負担分を当該保険医療機関等に支払
う場合に限ること。
なお、上記により受領した家族療養費付加金については、 が保険
医療機関等に支払う当該療養に係る医療費に充当されたいこと。

年 月 日

住 所
委任者
氏 名 印

(被保険者記号番号 第 号)