

○小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則

昭和51年4月6日

規則第4号

改正 昭和58年1月13日規則第1号

昭和59年12月20日規則第8号

昭和61年3月28日規則第3号

平成6年12月8日規則第16号

平成9年9月30日規則第15号

平成10年8月11日規則第26号

平成10年11月12日規則第33号

平成11年3月3日規則第4号

平成13年10月17日規則第25号

平成18年3月31日規則第32号

平成19年3月30日規則第27号

平成20年3月28日規則第8号

平成21年10月19日規則第20号

平成25年3月22日規則第10号

平成26年12月26日規則第23号

平成27年12月25日規則第39号

平成28年3月31日規則第37号

(趣旨)

第1条 この規則は、小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例（昭和51年条例第6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)又は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

(受給者証)

第4条 条例第6条第1項に規定する受給者証は、様式第2号のとおりとする。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のとおりとする。

2 町長は、条例第6条第2項の規定による認定を行わないときは、様式第6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。

3 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。

4 受給者証は、昭和62年から起算して5年ごとに更新するものとする。

5 前項の規定による更新は、当該更新を実施する年の10月1日に行うこととし、更新を受けようとする者は、更新する日の前月に前条第1項に規定する申請書に受給者証を添えて、町長に提出しなければならない。

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がある場合、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、次の各号のいずれかに該当するときは、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(以下「対象者」という。)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った場合において、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った日

(請求)

第5条 条例第8条に規定する請求は、様式第4号により、医療機関等の発行する領収書を付して行うものとする。

2 医療費助成金は、前項の請求があった場合速やかにその内容を審査し、支給するものとする。

(届出事項)

第6条 条例第9条に規定する登録事項変更の届出は、様式第5号によるものとする。

(受給者証の返還)

第7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8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つたと認めたときは、様式第7号の重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書により、当該受給者であつた者に通知する。ただし、受給者が死亡した場合は、この限りでない。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和51年4月1日から適用する。

附 則（昭和58年規則第1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8号）

この規則は、昭和60年1月1日から施行する。

附 則（昭和61年規則第3号）

この規則は、昭和61年4月1日から施行する。

附 則（平成6年規則第16号）

この規則は、公布の日から施行し、平成6年10月1日から適用する。

附 則（平成9年規則第15号）

この規則は、公布の日から施行し、第2条第4号の改正規定は、平成9年4月1日から適用する。

附 則（平成10年規則第26号）

この規則は、公布の日から施行し、平成10年1月1日から適用する。

附 則（平成10年規則第33号）

この規則は、公布の日から施行し、平成10年1月1日から適用する。

附 則（平成11年規則第4号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成13年規則第25号）

1 この規則は、平成14年1月1日から施行する。

2 改正後の小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の診療に要した医療費について適用し、同日前の診療に要した医療費については、なお従前の例による。

附 則（平成18年規則第32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27号）

1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。

2 この規則の施行前に交付された受給証明書の様式については、改正後の小川町

重度心身障害者医療費支給に関する施行規則様式第2号の2の様式にかかわらず、従前の例による。

附 則（平成20年規則第8号）

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に交付された受給者証の様式については、改正後の小川町重度心身障害者医療費支給に関する施行規則様式第2号の様式にかかわらず、従前の例による。

附 則（平成21年規則第20号）

この規則は、平成21年12月1日から施行する。

附 則（平成25年規則第10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23号）

この規則は、平成27年1月1日から施行する。

附 則（平成27年規則第39号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第37号）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 改正後の第4条第7項第2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。

様式第1号(第3条関係)

		記号番号			
重度心身障害者医療費受給資格登録申請書					
小川町長 宛て				年 月 日	
		住所			
		氏名		㊟	
		個人番号			
		(電話		)	
下記のとおり、小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定に基づき申請します。					
受給者	フリガナ	-----		住所	
	氏名				
	個人番号			男・女	申請者との続柄
	生年月日	年 月 日	歳		
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳番号		程度
知的障害者		療育手帳番号		程度	㊟・A・B
精神障害者		精神手帳番号		程度	1級
後期高齢者医療障害認定者				程度	施行令別表第1号該当
保 護 者	氏名			受給者との続柄	
	住所			電 話	
	個人番号			職 業	
	生年月日	年 月 日			
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名		受給者との続柄	住所	
	保険種別	協・組・船・共・国・後	記号番号		
	名 称			所 在 地	
	附加給付	有 ・ 無	支 給 基 準		
申請事由発生日	年 月 日	申請事由			

様式第2号(第4条関係)

		(表)	後期医療	社 保	国 保
重 度 心 身 障 害 者 障 医 療 費 受 給 者 証					
記 号 番 号					
受 給 者	氏 名				男・女
	住 所				
保 護 者	生 年 月 日	年 月 日			
	氏 名			受給者との続柄	
有 効 期 間	住 所				
		年 月 日から 年 月 日まで			
年 月 日交付 埼 玉 県 小 川 町 長					

※(裏面注意事項をお読みください。)

		(裏)
注 意 事 項		
1	この証は、小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付の一部負担金について支給を受けることのできる証ですから大切に保管してください。	
2	この証は診療を受けるときに保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。	
3	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。	
4	次の場合は必ず町役場に届出をしてください。 (1) 受給者又は保護者が死亡したとき。 (2) 受給者の氏名、住所を変更したとき。 (3) 加入医療保険に変更があったとき。 (4) 障害程度に変更があったとき。	
5	この証は、受給資格を喪失したときは速やかに町役場に返してください。	

様式第2号の2(第4条関係)

		社保	国保
(表)			
重 度 心 身 障 害 者 ① 医 療 費 受 給 者 証			
記号番号			
受 給 者	氏名		男・女
	住所		
	生 年 月 日	年 月 日	
保 護 者	氏名		受給者 との続 柄
	住所		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
年 月 日交付 埼 玉 県 小 川 町 長			

※(裏面注意事項をお読みください。)

(裏)	
注 意 事 項	
1 この証は、小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付の一部負担金について支給を受けることのできる証ですから大切に保管してください。	
2 この証は診療を受けるときに保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。	
3 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。	
4 精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。	
5 次の場合は必ず町役場に届出をしてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 受給者又は保護者が死亡したとき。</li> <li>(2) 受給者の氏名、住所を変更したとき。</li> <li>(3) 加入医療保険に変更があったとき。</li> <li>(4) 障害程度に変更があったとき。</li> </ul>	
6 この証は、受給資格を喪失したときは速やかに町役場に返してください。	



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 小川町長 あて 住 所 氏 名 (印) (電話 ) 破損 重度心身障害者医療費受給者証を したので、再交付を申請します。 亡失					
	氏 名		男 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所			申請者との 続 柄	
	加 入 医 療 保 険 の 種 別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後			
	記 号 番 号				
	保 険 者 名				
保 護 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所			受給者との 続 柄	

様式第4号(第5条関係)

<p>重度心身障害者医療費請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>																	
<p>小川町長 宛て</p>		<p>住所 氏名 (電話) (印)</p>															
<p>下記のとおり小川町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条の規定に基づき請求します。併せて医療費の支給認定にあたり必要があるときは、保険者その他公官署等に高額療養(医療)費、付加給付、他法負担分等を照会することに同意します。</p>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">一部負担金の額</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>内訳 保険診療</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	一部負担金の額	円	内訳 保険診療	円	その他	円	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">附加給付の額</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>高額療養費の額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	附加給付の額	円	高額療養費の額	円	<p>助成請求額</p>	円				
一部負担金の額	円																
内訳 保険診療	円																
その他	円																
附加給付の額	円																
高額療養費の額	円																
受給者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">受給者証記号番号</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	受給者証記号番号		ふりがな		氏名		生年月日	年 月 日	<p>加入医療保険</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> </table>	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名		記号番号		名称	
	受給者証記号番号																
	ふりがな																
氏名																	
生年月日	年 月 日																
世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名																	
記号番号																	
名称																	

	入院 日	外来・調剤 日				
<p>領 収 書</p> <p>¥ _____ (診療科 _____ 科)</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。)</p> <p>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="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">点</td> </tr> <tr> <td>他法負担分点数</td> <td style="text-align: right;">点</td> </tr> </table>	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点		
保険診療総点数	点					
他法負担分点数	点					
<p>年 月 日</p> <p>様</p> <p>医療機関等所在地 (住所)</p> <p style="text-align: right;">名称 氏名 (印)</p>						

- 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 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

様式第5号(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届									
小川町長 宛て						年 月 日			
住所						氏名 ㊟			
個人番号						(電話 )			
下記のとおり、変更がありましたので届けます。									
受給者	フリガナ	-----				受給者証			
	氏名					記号番号			
	個人番号					住 所			
	生年月日	年	月	日	歳				
障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳番号				程度	1級・2級・3級		
	知的障害者	療育手帳番号				程度	㊟・A・B		
	精神障害者	精神手帳番号				程度	1級		
	後期高齢者医療障害認定者					程度	施行令別表第1号該当		
保 護 者	氏 名					個人番号			
						生年月日	年 月 日		
	住 所					受給者との続柄			
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名					記号番号			
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後							
	名 称					所在地			
	附 加 給 付	有・無	支 給 基 準						
変 更 年 月 日	年	月	日	変更事由					

様式第6号(第4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

第 号

年 月 日

様

小川町長

印

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月以内に、小川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月以内に、処分の取消しの訴えを、小川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、当該訴訟において小川町を代表する者は、小川町長です。

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7号(第8条関係)

重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書

第 号

年 月 日

様

小川町長

印

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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に、小川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月以内に、処分の取消しの訴えを、小川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、当該訴訟において小川町を代表する者は、小川町長です。

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5号（第6条関係）

様式第6号（第4条関係）

様式第7号（第8条関係）