

○志賀町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則

平成17年9月1日

規則第66号

(趣旨)

第1条 この規則は、志賀町心身障害者医療費の助成に関する条例（平成17年志賀町条例第124号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定めるものとする。

(社会保険法)

第2条 条例第2条に規定する社会保険法とは、次に掲げる法律をいう。

- (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）

(受給者証の交付等)

第3条 条例第2条に規定する受給資格者は、心身障害者医療費受給者証交付申請書（様式第1号）を町長に提出し、医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）の交付を受けるものとする。

(受給者証の更新)

第4条 受給者証は、毎年8月1日に更新する。

(受給者証の返還)

第5条 受給資格者がその資格を喪失したときは、直ちに受給者証を町長に返還しなければならない。

(受給者証の再交付)

第6条 受給資格者が受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、医療費受給者証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

(助成の方法)

第7条 条例第5条第1項の規定により心身障害者医療費の助成を受けようとする場

合は、心障医療費支給申請書（様式第4号）を町長に提出するものとする。この場合において、国民健康保険法又は社会保険法の規定により療養費の支給を受けた当該療養費の支払額を証する書類を併せて提出しなければならない。

2 条例第5条第2項の規定により心身障害者医療費の助成を受けようとする医療機関等は、医療費請求書（様式第5号）を町長に提出しなければならない。

3 町長は前項の第1項及び第2項の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成の額を決定し、速やかに申請者に支払うものとする。

（届出）

第8条 条例第2条第1項に規定する受給資格者は、氏名、住所その他保険証又は組合員証の記載内容に変更があるときは、医療費受給資格変更届（様式第6号）を町長に提出しなければならない。

2 条例第8条に規定する給付事由が第三者行為によるものであるときは、第三者行為傷病届（様式第7号）を町長に提出しなければならない。

（その他）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成17年9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、合併前の志賀町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則（平成15年志賀町規則第4号）又は富来町心身障害者医療費給付に関する条例施行規則（昭和49年富来町規則第6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20年4月1日規則第6号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成27年3月19日規則第9号）

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成29年7月10日規則第20号）

この規則は、平成29年7月18日から施行する。

附 則（令和 2 年10月 1 日規則第24号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第 3 条ただし書きを削る改正規定及び第 7 条を削る改正規定は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和 4 年 4 月 1 日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行する。

心身障害者医療費受給者証交付申請書

(新規・更新)

※太枠内について記入してください。

受給者	ふりがな		男・女	手帳種別	身障知的精神 (第 級 号)	交付年月日	. . .
	氏名						
	生年月日	年 月 日生 (歳)	住所				
配偶者	ふりがな		住所				
	氏名						
	個人番号						
扶養義務者	ふりがな		住所				
	氏名	(受給者との続柄)					
	個人番号						
所得状況		受給者の所得状況		配偶者の所得状況		扶養義務者の所得状況	
扶養親族等控除							
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		(人)		(人)		(人)	
前年の所得額		円		円		円	
控除	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	社会保険料	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別	円		円		円	
	障害者(特別障害者を除く。)である 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円
	特別障害者である控除対象 配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円
障害者・特別障害者・老年者・ 寡婦・勤労学生	障・特障 寡・勤	円	障・特障 勤・老	円	障・特障 寡・勤・老	円	
その他	円		円		円		
控除後の所得額		円		円		円	
加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄			
	保険種別	政・組・船・共・国・後		住所			
	被保険者証発行機関名	(保険者番号)					
受給者証交付申請事由	1 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の所有者となったため 2 転入のため 3 保険に新たに加入したため 4 その他 () (交付事由発生年月日 年 月 日)						
上記のとおり、心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。 なお、心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、心身障害者医療の助成資格を有する間、私及び私の世帯の所得を調査することに同意します。 年 月 日 志賀町長 様 申請者 住所 氏名							

裏面あり

(裏面)

年 月 日

志賀町長 様

同 意 書

下記の者は、志賀町の健康福祉課が志賀町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則第3条に基づく事務手続きを処理する場合に限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

記

受 給 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
配 偶 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
扶養義務者	氏 名	
	生年月日	年 月 日

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。

様式第2号(第3条関係)

 医療費受給者証		
公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	
有効期間		
発行機関名 及び印	石川県 志賀町長	
交付年月日		
提出方法については、裏面を参照願います。		

注 意

- 1 この証は、医療機関等で診療を受けるとき被保険者証(又は組合員証)と一緒に窓口へ提出してください。
- 2 この証は、石川県内の医療機関以外は使用できません。
- 3 受給者の資格がなくなったときには、すみやかに町長に返してください。
- 4 氏名、住所並びに加入している医療保険が変更になったときは、すみやかに変更届を町長に提出してください。
- 5 この証が破れたり、汚れたりしたとき又はこの証を失ったときは、再交付を受けてください。

〔この証は、町条例等の改正等により、有効期限前に無効となることがあります。〕

様式第3号(第6条関係)

医療費受給者証再交付申請書				
				年 月 日
志賀町長		様		
届出人 住 所 志賀町 氏 名				
申 請 者	氏 名	性別	生 年 月 日	受給者証記号番号
受 給 資 格 者		男 女		
再 交 付 申 請 理 由				
加入医療保険	被保険者氏名		受給者と柄の続	住所
	保 險 種 別	政・組・船・共・国	被保険者証の記号番号	……
	被 保 險 者 証 発 行 機 関 名	(保険者番号)	所在地	
(注) 破損の場合は、旧医療費受給者証を添付してください。				

様式第4号(第7条関係)

心障医療費支給申請書

年 月 日

志賀町長様

申請者

(〒 —)

住所 _____

氏名 _____

(TEL —)

受給者との続柄()

医療費助成の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者氏名		受給者証等番号	
保険証の記号・番号		保険者番号	
振込先	銀行・金庫・農協・組合		支店
口座番号	普通・当座	口座名義人	-----

_____年 _____月診療分 外来・入院・更生医療・訪問看護
柔道整復・補装具

添付領収書枚数

--

枚

※以下の欄は記入しないでください。

診療点数	一部負担金①	付加給付②	高額療養費③	支給決定額④

様式第5号(第7条関係)

医 療 費 請 求 書											
										年 月 日	
志賀町長						様					
										医療機関等の 所在地及び名称	
										開設者氏名	
年 月 診療分											
医療費受給者証 負担番号及び記号 番 号										受 給 者 氏 名	
診 療 報 酬 合 計 点 数		点						公 費 負 担		医 療 費 の 額	
								2 割 、 3 割			
<p>公費負担額は該当を必ず○印で囲むこと。 ※は医療機関等で記入しないこと。</p>											

様式第6号(第8条関係)

医療費受給資格変更届

年 月 日

志賀町長 様

届出人 住 所

氏 名

受 給 資 格 者	氏 名	性別	生 年 月 日	受 給 者 証 記 号 番 号
			男 ・ 女	年 月 日
変 更 事 項				
1 氏 名				
2 住 所				
3 被 保 険 者 名				
4 保 険 者 名				
変 更 年 月 日		年 月 日		

(注) 受給者証及び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7号(第8条関係)

第三者行為傷病届

年 月 日

志賀町長 様

届出人 住 所

氏 名

受 給 資 格 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	受給者証記号番号
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1号 (第3条関係)

様式第2号 (第3条関係)

様式第3号 (第6条関係)

様式第4号 (第7条関係)

様式第5号 (第7条関係)

様式第6号 (第8条関係)

様式第7号 (第8条関係)