

○高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則

平成17年11月 1 日

規則第74号

改正 平成20年 3 月25日規則第33号

平成24年 3 月30日規則第21号

平成26年 7 月18日規則第26号

平成27年 9 月30日規則第68号

平成29年 9 月19日規則第48号

(趣旨)

第1条 この規則は、高岡市重度心身障害者等医療費助成条例(平成17年高岡市条例第111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。

(用語)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(受給資格の登録)

第3条 条例第2条第5項の受給資格の登録を受けようとする重度心身障害者等は、重度心身障害者等医療費受給資格登録申請書(様式第1号)、重度心身障害者等医療費受給者負担割合区分認定申請書(様式第2号)及び第6条に規定する所得金額に係る所得又は課税の状況を証明する書類を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請に際しては、次に掲げる書類を市長に提示しなければならない。

(1) 医療保険各法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)に基づく被保険者証、加入者証、組合員証又は被扶養者証(以下「保険証」という。)

(2) 条例第2条第2項第1号アに規定する身体障害者手帳、同号イに規定する療育手帳その他心身の障害の程度を証明することができる書類

3 受給資格の登録の期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる期間とする。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録を受けた日の属する月の初日(当該初日から受給資格の登録を受けた日までの間に転入した者にあつては転入した日(以下「転入日」という。))から65歳の誕生日の前日までの期間

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録を受けた日の属する月の初日(当該初日から受給資格の登録を受けた日までの間に転入した者にあつては転入日)から70歳の誕生日の属する月の末日(当該誕生日が月の初日であるときは、その日の属する月の前月の末日)までの期間

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録を受けた日から条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等でなくなるまでの期間

(受給資格証の交付)

第4条 市長は、前条の申請があつた場合において、受給資格を有すると認めたときは、申請を行った者に対して次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる書類に必要な事項を記載して交付するものとする。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証(様式第3号)及び福祉医療費請求書(様式第4号)

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証(様式第5号)及び福祉医療費請求書(様式第6号)

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 一部負担金還付該当者証(様式第8号)

(受給資格証の有効期間)

第5条 前条の重度心身障害者等医療費受給資格証及び一部負担金還付該当者証(以下「受給資格証」という。)の有効期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる期間とする。ただし、その間において受給資格を欠くに至った場合は、その日までとする。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 毎年7月1日から翌年の6月30日までの期間。ただし、新たに受給資格の登録を受けた場合の有効期間は、受給

者となった日から翌年の6月30日(当該受給者となった日が1月から6月までに属する場合は、当該受給者となった日の属する年の6月30日)までの期間とする。

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 毎年8月1日から翌年の7月31日までの期間。ただし、新たに受給資格の登録を受けた場合の有効期間は、当該受給者となった日から翌年の7月31日(当該受給者となった日が1月から7月までに属する場合は、当該受給者となった日の属する年の7月31日)までの期間とする。

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給資格者 毎年8月1日から翌年の7月31日までの期間。ただし、新たに受給資格の登録を受けた場合の有効期間は、当該受給者となった日から翌年の7月31日(当該受給者となった日が1月から7月までに属する場合は、当該受給者となった日の属する年の7月31日)までの期間とする。

2 市長は、前項各号に規定する有効期間の終期において、受給資格の登録の確認を行い、当該登録が継続していると認めるときは、前条に定める書類を新たに交付するものとする。

3 市長が受給資格の登録の確認に必要と認める書類の提出を求めたときは、受給者は、速やかにこれを提出しなければならない。

(合計所得金額の算定)

第6条 条例第2条第2項ただし書に規定する規則で定めるところにより算定する合計所得金額は、重度心身障害者等の属する世帯の構成員について次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に掲げる額を合計した額とする。

(1) 65歳未満の者が7月から12月までの間に新たに受給資格の登録を受ける場合、65歳以上の者が8月から12月までの間に新たに受給資格の登録を受ける場合、誕生日の属する月が7月の者が65歳に到達した日の属する月に新たに受給資格の登録を受ける場合及び前条第2項に定める受給資格の登録の確認を行う場合 前年の所得金額

(2) 65歳未満の者が1月から6月までの間に新たに受給資格の登録を受ける場合及び65歳以上の者が1月から7月までの間に新たに受給資格の登録を受ける場合(誕生日の属する月が7月の者が、65歳に到達した月に新たに受給資格の登録を受ける場合を除く。) 前々年の所得金額

(対象の給付)

第7条 条例第2条第3項の規則で定める給付は、次に掲げる給付(食事療養及び生活療養を除く。)とする。

- (1) 保険外併用療養費の支給
- (2) 療養費の支給
- (3) 訪問看護療養費の支給
- (4) 家族療養費の支給
- (5) 家族訪問看護療養費の支給
- (6) 特別療養費の支給

2 条例第2条第4項の規則で定める給付は、次に掲げる給付(食事療養及び生活療養を除く。)とする。

- (1) 保険外併用療養費の支給
- (2) 療養費の支給
- (3) 訪問看護療養費の支給
- (4) 特別療養費の支給

(保険医療機関等)

第8条 条例第2条第6項の規則で定めるものは、次のとおりとする。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)第3条の2に規定するあん摩マツサージ指圧師、はり師及びきゆう師
- (4) 前3号に掲げるもののほか市長が認めたもの

(受給資格証の提示)

第9条 条例第4条第1号本文に規定する交付を受けようとする受給者は、保険医療機関等において医療給付を受けようとするときは、当該保険医療機関等に受給資格証及び保険証を提示し、

福祉医療費請求書を提出しなければならない。

(助成金の審査及び支払事務の委託)

第10条 条例第4条第1号本文の規定による保険医療機関等に交付する助成金の審査及び支払事務は、市長が富山県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

(療養費払)

第11条 条例第4条第1号ただし書及び第3号の規定による助成を受けようとする受給者は次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書(様式第9号)

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書(様式第10号)

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費(一部負担金還付)助成申請書(様式第11号)

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金の額を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

(届出事項)

第12条 受給者は、条例第5条に規定する届出をするときは、重度心身障害者等医療費受給資格内容変更届(様式第12号)に受給資格証を添えて提出するものとする。

(受給資格証の再交付)

第13条 受給者は、受給資格証を破損し、又は紛失したときは、市長に再交付を申請することができる。

(受給資格証の返還)

第14条 受給者は、条例第2条第2項の重度心身障害者等でなくなった場合は、直ちに受給資格証を市長に返還しなければならない。

(第三者行為による被害の届出)

第15条 医療給付を受ける事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、受給者は、当該第三者の氏名、住所及び被害の状況を直ちに市長に届け出なければならない。

(自己負担限度額の適用申請及び認定証の交付)

第16条 条例第2条第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者が、健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)第42条第3項第3号若しくは第4号、船員保険法施行令(昭和28年政令第240号)第9条第3項第3号若しくは第4号、国家公務員共済組合法施行令(昭和33年政令第207号)第11条の3の5第3項第3号若しくは第4号(私立学校教職員組共済法施行令(昭和28年政令第425号)第6条において準用する場合を含む。)若しくは地方公務員等共済組合法施行令(昭和37年政令第352号)第23条の3の4第3項第3号若しくは第4号の者又は国民健康保険法施行令(昭和33年政令第362号)第29条の3第4項第3号若しくは第4号の場合に該当する者に相当する者として認定を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費受給資格証及び当該者に該当することを証明する書類を添えて、重度心身障害者等医療費限度額適用認定書発行申請書(様式第13号)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請に基づき、自己負担限度額の認定を行ったときは、重度心身障害者等医療費限度額適用認定証(様式第14号)を交付する。

3 重度心身障害者等医療費限度額適用認定証の有効期間は、自己負担限度額の認定を行った日の属する月の初日から翌年の7月末日(当該認定を行った日の属する月が1月から7月までのいずれかである場合は、当年の7月末日)までとする。

4 第2項の認定を受けた者は、医療給付を受けようとするときは、保険医療機関等に重度心身障害者等医療費限度額適用認定証を提示しなければならない。

(高額療養費相当額の助成)

第17条 条例第3条第2号イに掲げる額の助成を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費助成事業高額療養費相当額助成申請書(様式第15号)に領収書を添えて申請しなければならない。

2 市長は、重度心身障害者等医療費助成事業高額療養費相当額助成申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金の額を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

る。

(添付書類の省略)

第18条 市長は、この規則の規定により申請又は届出に添えて提出する書類等について、重度心身障害者等が証明すべき事項を市が保有する公簿等によって確認することができるときは、当該書類等の提出を省略させることができる。

(補則)

第19条 この規則に定めるもののほか、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、平成17年11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、合併前の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則(昭和58年高岡市規則第1号)又は福岡町重度心身障害者等医療費助成条例施行規則(昭和58年福岡町規則第1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処分、手続その他の行為とみなす。

附 則(平成20年3月25日規則第33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。ただし、第2条の規定は、同年10月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

2 平成20年3月31日以前に交付された受給資格証及び同年4月1日から同年9月30日までの間に新たに交付される受給資格証は、同年9月30日をもって効力を失う。

(第2条の規定による経過措置)

3 この規則(第2条の規定に限る。以下同じ。)の施行の際、現にこの規則による改正前の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則第3条の規定により登録を受けている者は、この規則による改正後の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則第3条の規定による登録を受けているものとみなす。ただし、高岡市ひとり親家庭等医療費助成条例の一部を改正する条例(平成20年条例第12号)第4条の規定による改正後の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例(平成17年高岡市条例第111号)第2条第2項ただし書に該当するときは、この限りでない。

附 則(平成24年3月30日規則第21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 当分の間、この規則による改正前の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則に定める様式によりなされた手続その他の行為は、この規則による改正後の高岡市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則の様式によりなされた手続その他の行為とみなす。

附 則(平成26年7月18日規則第26号)

(施行期日)

1 この規則は、平成26年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の高岡市重度心身障害者等医療費助成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9月30日規則第68号)

この規則は、平成27年10月1日から施行する。

附 則(平成29年9月19日規則第48号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の各規則に規定す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。

様式第1号(第3条関係)

(表)

区分	0～64歳	65歳～69歳	65歳以上	保険区分					
重度心身障害者等医療費受給資格登録申請書 年 月 日 高岡市長 あて 〒 住所 高岡市 申請者 氏名 電話 ー 印 次のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録を申請します。									
受給者	個人番号								
	ふりがな								
	氏名								
	住所		高岡市						
	生年月日								
加入医療保険	被保険者 (組合員)	ふりがな氏					続柄		
		住所	高岡市						
	被保険者証 (組合員証) の記号番号				(. . 変更)		(. . 変更)		
	保険者名				(. . 変更)		(. . 変更)		
	後期高齢者医療被保険者番号 (資格証明書の番号)								
障害の 認定状況	認定	認定年月日	手帳等記号番号		認定事項〈障害程度〉				
	身・療・その他()	年 月 日							
	身・療・その他()	年 月 日							
※ 受給資格登録番号									
		. . 変更							
		. . 変更							
※ 受給資格証交付〈更新〉		要・否〈理由〉							
		. .	. .	. .	. .	. .			

※欄は、市役所で記入します。

(裏)

世帯の状況	暦年	氏名	年齢	対象者と の続柄	総所得 金額①	退職所得 金額②	山林所得 金額③	合計所得 金額 ①+②+ ③=④	※ 確認欄

様式第2号(第3条関係)

重度心身障害者等医療費受給者 負担割合区分認定申請書		
年 月 日		
高岡市長 あて		
住所 申請者 氏名 ㊟		
下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格における受給者負担割合区分の認定を申請します。		
受給資格番号		
受給者	住 所	高岡市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
課 税 所 得 金 額		総 収 入 金 額
円		円
		※ 市 確 認 欄
		☐ 2割負担 ☐ 3割負担
私は、福祉医療担当課職員に、税務担当課所有の世帯に係る収入及び課税情報(高齢者の医療の確保に関する法律に準じた課税情報)の提供又は閲覧する権限を委任します。		
氏名 ㊟		

- (注) 1 この用紙には前年度の課税証明書を添付して下さい。(委任される場合は、不要です。)
- 2 ※欄は市で記入します。

様式第3号(第4条関係)

(表)

⑤ 重度心身障害者等医療費 受給資格証		
受給資格番号		—
受給者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで
年 月 日 高岡市長 印		

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、重度心身障害者等医療費の助成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、保険診療のみに適用されます。
3 この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
4 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
5 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
6 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書をもらってください。その後、市役所へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。

様式第4号(第4条関係)

H20. 10～

				給付割合	9・8・7			
1	2	医療 費 区 分		保 険 区 分				
入院	入院外							
福 祉 医 療 費 請 求 書 市町村 コード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 年 月 日 医療機関 コード _____ 高岡市長あて 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 ㊦ 年 月分の福祉医療費を次のとおり請求します。								
受給資格番号			氏 名					
受 給 期 限	年 月 日		生 年 月 日	年 月 日				
保険者番号			被 保 険 者 証 記 号 番 号					
総 点 数	公費負担点数			決 定 請 求 額				
点	点			円				

- (注) 1 この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
- 2 給付割合は、該当する割合を○でかこんでください。
- 3 公費負担点数欄は、対象点数を記入し、決定請求額欄には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期高額疾病、自立支援医療(精神通院、更生、育成医療)等)
- 4 結核医療については、総点数の上段にその点数を()書きで記入してください。
- 5 療養に係る高額療養費現物給付を行った場合は、窓口での支払金額を決定請求額欄に記入ください。

様式第5号(第4条関係)

(表)

 重 度 心 身 障 害 者 等 医 療 費 受 給 資 格 証	
受 給 資 格 番 号	
受 給 者	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
医 療 機 関 等 の 患 口 で の 負 担 割 合	
年 月 日 高岡市長 	

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、重度心身障害者等医療費の助成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、保険診療のみに適用されます。
3 この証で医療を受けたときは、表面の負担割合に応じた負担金を支払ってください。
4 この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
5 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
6 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
7 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされることがあります。この場合は、お金を支払い、領収書をもらってください。その後、市役所へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。

様式第6号(第4条関係)

H20. 10~

					給付割合		9・8・7							
1		2		医療費区分		保険区分								
入院		入院外												
福祉医療費請求書 年 月 日 市町村コード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr></table> 医療機関コード 高岡市長 あて 医療機関等の所在地名称 開設者氏名 印 年 月分の福祉医療費を次のとおり請求します。														
受給資格番号				氏名										
受給期限		年 月 日		生年月日		年 月 日								
保険者番号				被保険者証 記号番号										
入院・入院外(通院)の別 (該当欄をチェックしてください。) (該当欄をチェックしてください。) ☐ 入院(年 月 日入院) ☐ 入院外(通院)					一部負担金領収額 (70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金相当額)									
					円									
					受給者負担割合区分証の医療機関等の窓口での負担割合 ☐ 2割 ・ ☐ 3割									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">総点数</td> <td style="width: 33%;">公費負担点数</td> <td style="width: 33%;">決定請求額</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>									総点数	公費負担点数	決定請求額	点	点	円
総点数	公費負担点数	決定請求額												
点	点	円												

- (注) 1 この請求書は、入院・入院外ごとに作成します。
- 2 給付割合は、該当する割合を○でかこんでください。
- 3 公費負担点数欄は、対象点数を記入し、決定請求額欄には福祉医療費としての請求金額を記入してください。(長期高額疾病、自立支援医療(精神通院、更生、育成医療)等)
- 4 結核医療については、総点数の上段にその点数を()書きで記入してください。
- 5 一部負担金領収額欄を必ず記入してください。
- 6 療養に係る高額療養費現物給付を行った場合は、窓口での支払金額を決定請求額欄に記入ください。

様式第8号(第4条関係)

(表)

㊦ 一部負担金還付該当者証	
該 当 者 番 号	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日 か ら 年 月 日 ま で
年 月 日	
高岡市長 	

※裏面の注意事項をお読みください。

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、保険医療機関等において支払った後期高齢者医療制度にもとづく一部負担金の一部又は全部の還付を受けることができる証ですので、被保険者証(資格証明書)とともに、大切に保管してください。
2 一部負担金の還付手続 後期高齢者医療被保険者証(資格証明書)により医療等を受けた際に支払った一部負担金の領収書をその保険医療機関等からもらってください。 その後、その領収書、印かん、被保険者証(資格証明書)を市役所窓口(社会福祉課)へ持参し、還付の手続きをとってください。
3 この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
4 氏名、住所又は障害の状況に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市役所窓口はその旨を届け出てください。
5 受給者の資格がなくなったとき、有効期限が終了したときは、速やかにこの証を市役所に返してください。

						※ 保険区分		6 国保組合	
※ 決 裁						受 付		年 月 日	
						決 定		年 月 日	
						支 給		年 月 日	
※ 助成内訳		保険診療合 計 金 額	控 除 額				交 付 決 定 額		
			社会保険等 負担 分	公費負担そ の 他 の 分	計				
		円	円	円	円	円	円		
重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書 年 月 日 高岡市長 あて 〒 住 所 申請者 氏 名 ⑩ (連絡先TEL) 次のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。									
受給資格番号						加入 保険	被保険者証 記号番号		
受給者	氏 名						保 険 種 別	政・組・船・共	国
	生年月日						保 險 者 名		
年 月 分 保 険 診 療 領 収 書 (入院・入院外)									
受 給 者 名						保険診療 合計点数	点	社会保険等 負 担 点 数	点
公 費 負 担 額		円							
一部負担金領収額		円				左記金額には、保険診療以外は含まれていません。			
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 ⑩									
なお、支給決定額は、次の口座へ振り込んでください。 氏 名 ⑩									
ふりがな 口 座 義		金 融 機 関 名				当 座 ・ 普 通 預 金 番 号			

- 13/23

※ 決 裁			※ 保 険 区 分						
			受 付	年 月 日					
			決 定	年 月 日					
			支 給	年 月 日					
※ 助 成 内 訳	保険診療 合計金額	控 除 額					助成決定額		
		保 険 負担分	公 費 負担分	付 加 給付等	一 部 負担金	計			
	円	円	円	円	円	円	円		
重度心身障害者等医療費(療養費払)助成申請書 年 月 日 高岡市長 あて 〒 住 所 申請者 氏 名 (印) (連絡先TEL) 下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。									
受給資格番号				加入 保険	被保険者証 記号番号				
受給者	氏 名				保 險 種 別		政・組・船・共・国		
	生年月日				保 險 者 名				
年 月分 保険診療領収書 (入院・入院外)									
受 給 者 名				保険診療 合計点数		点		育成医療等 公費負担点数	点
一部負担金 領 取 額 (保険診療分)							計		
							円		
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 (印)									
なお、支給決定額は、次の口座へ振り込んでください。 氏 名 (印)									
ふりがな	座	金 融 機関名		当座・普通 預 金 番 号					
口 義									

- 14/23

※ 決 議			受 付	年 月 日	
			決 定	年 月 日	
			支 給	年 月 日	
※ 助 成 内 訳	該当者名				助成決定額 円
	(該当欄をチェックしてください。) □入院(年 月 日入院) □入院外				
重度心身障害者等医療費(一部負担金還付) 助 成 申 請 書 高岡市長 あて 〒 住 所 申請者 氏 名 (連絡先TEL) 下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。					
一 部 負 担 金 還付該当者番号				受 給 開 始 年 月	
受 給 者	氏 名		振 込 先	金 融 機 関	
				名 義 人	
	生 年 月 日			口 座 番 号	
年 月 分 後期高齢者医療診療領収証明書 (入院・入院外)					
該当者氏名					
保 険 診 療 合 計 点 数		点	医療保険 負担点数	点	他法による 公費負担額 円
一部負担金 領収額		円		左記金額には後期高齢者医療診療以外は含まれていません。	
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名 (印)					
なお、支給決定額は、下記の口座へ振り込んでください。 氏 名 (印)					
ふりがな 口 座 名 義	-----	金 融 機関名	-----	当座・普通 預 金 番 号	

- 15/23

様式第12号(第12条関係)

重度心身障害者等医療費受給資格内容変更届

年 月 日

高岡市長 あて

届出人 住所

氏名 印

氏 名
住 所 について変更があったのでお届けいたします。
加入保険

	新	旧
受給資格証番号		
ふりがな 氏 名		
住 所		
変 更 年 月 日	年 月 日	

加入医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国	政・組・日・船・共・国
	被保険者名		
		受給者との続柄()	
	記号・番号		
	保険者名		
	変更年月日	年 月 日	

台 帳 処 理
月 日

様式第13号(第16条関係)

(表)

※ 決 議			受 付	年	月	日
			決 定	年	月	日
			発 行	年	月	日
重度心身障害者等医療費 限度額適用認定書発行申請書 年 月 日 高岡市長 あて 〒 住所 申請書 氏名 印 次のとおり重度心身障害者等医療費助成事業における限度額適用認定証の交付を申請します。						
受給資格番号						
受給者	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年	月			
※市町村確認欄						
適用区分						
☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ						
※ 有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					

(注) 1 この用紙には所得の状況のわかる書類を添付してください。
2 ※印の欄は、市町村で記入します。

(裏)

限度額適用

認定申請書、高額療養費助成申請書の添付書類

(別 紙)

所 得 の 状 況				
氏 名				
(注1) 年 中 の 所 得	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給 与 (パート収入等を含む。)	円	円	円
	年金・給与以外の所得 ()所得 (収入－必要経費)	円	円	円

(注)

- ・上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。
低所得Ⅰの区分は、ご本人及び同じ世帯の方全員が市町村民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額(年金については控除額80万円)を引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。
- ・ご本人及び同じ世帯の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。
- ・所得は、すべて御記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。
- ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。
なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。

様式第14号(第16条関係)

(表)

障			重度心身障害者等医療費 限度額適用認定証		
受給資格番号					
受 給 者	住所				
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
適用区分					
上記受給者は、上記区分のとおり、限度額の適用を行っているものであることを証明する。					
年 月 日					
市長					印

(注) 適用区分欄の区分には「区分Ⅱ」又は「区分Ⅰ」と記載すること。

(裏)

注意事項

- 一 この証によって療養を受ける場合、支払う一部負担金の額は、保険医療機関ごとに一月につき、別に定められた額が限度になります。
- 二 療養を受けるときには、被保険者証とともに必ずこの証を提示してください。
- 三 重度心身障害者等医療費助成事業受給対象者でなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 表面の記載事項に変更があつた場合には、十四日以内にこの証を市町村に提出して訂正を受けてください。

様式第15号(第17条関係)

(表)

※ 決 議		受 付	年 月 日
		決 定	年 月 日
		支 給	年 月 日
重度心身障害者等医療費助成事業 高額療養費相当額助成申請書 年 月 日 高岡市長 あて 〒 住所 申請者 氏名 ㊟ 年 月分について 次のとおり支払いましたので、関係書類を添えて重度心身障害者等医療費助成事業高額療養費相当額の助成を申請します。			
受給者番号			
受 給 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
医療機関名			
傷病名			
療養の期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
医療機関に支払った金額		円	
合算対象となる方の氏名			
受給者番号			

- (注) 1 ※印の欄は、市町村で記入します。
2 裏面も忘れずに御記入ください。
3 この用紙には所得の状況のわかる書類を添付してください。
4 合算対象となる方は、別にこの申請を行ってください。

(裏)

重度心身障害者等医療費助成事業
高額療養費相当額助成申請書(裏)

(委任状)

私は、を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した高額療養費相当額の受領に関すること。

申請者の住所、氏名 印

代理人の住所、氏名 印

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
			1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	口座名義人			

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 4 条関係)
様式第 4 号(第 4 条関係)
様式第 5 号(第 4 条関係)
様式第 6 号(第 4 条関係)
様式第 7 号 削除
様式第 8 号(第 4 条関係)
様式第 9 号(第11条関係)
様式第10号(第11条関係)
様式第11号(第11条関係)
様式第12号(第12条関係)
様式第13号(第16条関係)
様式第14号(第16条関係)
様式第15号(第17条関係)