

○九度山町重度心身障害児者医療費の支給に関する規則

平成18年9月29日規則第13号

改正

平成28年1月1日規則第1号

令和元年6月26日規則第12号

令和3年7月13日規則第8号

九度山町重度心身障害児者医療費の支給に関する規則

(趣旨)

第1条 この規則は、九度山町老人等医療費の支給に関する条例（平成18年九度山町条例第17号。以下「条例」という。）のうち条例第2条第3号に定める重度心身障害児者医療費に関し必要な事項を定めるものとする。

(受給資格認定申請)

第2条 条例第21条第1項の規定による受給資格の認定を受けようとする者は、次の各号の区分に応じ、当該各号に掲げる申請書を町長に提出しなければならない。

- (1) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第50条に規定する後期高齢者医療の被保険者（以下「後期被保険者」という。）でない者であつて、条例第10条第1号、第3号、第4号又は第5号に該当する者 重度心身障害児者医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号の1）
- (2) 後期被保険者でない者であつて、条例第10条第2号に該当する者 重度心身障害児者入院医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号の2）
- (3) 後期被保険者であつて、条例第10条第1号、第3号、第4号又は第5号に該当する者 重度心身障害者医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号の3）
- (4) 後期被保険者であつて、条例第10条第2号に該当する者 重度心身障害者入院医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号の4）

2 前項の申請書は、身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を、精神障害者にあつては精神障害者保健福祉手帳を、それら以外の重度障害児にあつては特別児童扶養手当受給資格を証する証書に、医療保険各法に基づく被保険者証又は組合員証を添えて行うものとする。

3 町長は、前項に規定する申請書に添付する書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

(受給者証の交付)

第3条 町長は、前条の申請書の提出があつたときは、これを審査し、適当と認めるときは、次の各号に掲げる者に対し当該各号に掲げる受給者証（以下総称して「受給者証」という。）を交付するものとする。

- (1) 後期被保険者でない者であつて、条例第10条第1号、第3号、第4号又は第5号に該当する者 重度心身障害児者医療費受給者証（様式第2号の1）
- (2) 後期被保険者でない者であつて、条例第10条第2号に該当する者 重度心身障害児者入院医療費受給者証（様式第2号の2）
- (3) 後期被保険者であつて、条例第10条第1号、第3号、第4号又は第5号に該当する者 重度心身障害者（後期高齢者医療）医療費受給者証（様式第2号の3）
- (4) 後期被保険者であつて、条例第10条第2号に該当する者 重度心身障害者（後期高齢者医療）入院医療費受給者証（様式第2号の4）

2 受給者証の有効期間は、毎年8月1日から翌年7月31日まで（年の途中で受給資格の認定を受けた者にあつては、当該認定の日（月の途中で受給資格が生じた場合（転入等による場合を除く。）は、その日の属する月の1日）から直近の7月31日まで）とし、毎年更新するものとする。

3 前項の規定にかかわらず、年の途中で受給資格を失った者に係る有効期間の終期は、当該受給資格を失った日の属する月の末日とする。

（受給者証の提示）

第4条 受給者証の交付を受けた者（以下「受給資格者」という。）が医療を受けようとするときは、医療機関等に受給者証を提示しなければならない。

（医療費の支給の方法）

第5条 条例第23条に規定する申請は、次の各号に掲げる区分に応じ当該各号に掲げる申請書を、医療機関等の発行した領収書等（当該医療に要した経費のうち受給資格者が負担した費用の額を証する書類）を添えて町長に提出しなければならない。

(1) 後期被保険者でない者 重度心身障害児者医療費支給申請書（様式第3号の1）

(2) 後期被保険者 重度心身障害者（後期高齢者医療）医療費支給申請書（様式第3号の2）

2 条例第23条第4項の規定により町長が支払うことができる費用の支給を受けようとする医療機関等は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に掲げる請求書を町長に提出しなければならない。この場合において、第1号の請求は、和歌山県国民健康保険団体連合会を、第2号の請求は、和歌山県社会保険診療報酬支払基金を経由して行うものとする。

(1) 国民健康保険に係る請求 重度心身障害児者医療費請求書（和歌山県国民健康保険団体連合会が調製する様式）

(2) 社会保険各法に係る請求 重度心身障害児者医療費請求書（社会保険診療報酬支払基金が調製する様式）

3 町長は、前2項に規定する申請又は請求があつたときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、支給の額を決定し、当該申請者又は医療機関等に医療費を支給する。

（受給者証の再交付）

第6条 受給者証の交付を受けた者は、受給者証を破損し、又は紛失したときは、再交付を受けることができる。

（届出）

第7条 受給者証の交付を受けた者は、住所、氏名、加入している医療保険又はその内容について変更が生じたときは、速やかに町長にその旨を届け出るものとする。

（受給者証の返還）

第8条 受給者証の交付を受けた者がその資格を失ったとき、及び町長が受給者証の返還を命じたときは、速やかに受給者証を町長に返還しなければならない。

2 紛失により再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、直ちにそれを町長に返還しなければならない。

（補則）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成28年1月1日規則第1号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（令和元年6月26日規則第12号）
（施行期日等）

- 1 この規則は、令和元年8月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の九度山町重度心身障害児者医療費の支給に関する規則の規定は、令和元年8月診療分の医療費から適用し、同年7月診療分までの医療費については、なお従前の例による。

附 則（令和3年7月13日規則第8号）

この規則は、令和3年8月1日から施行する。ただし、様式第2号の1及び様式第2号の2に係る改正規定については、令和3年9月1日から施行し、同日前に発行したこの規則による改正前の様式での受給者証は、記載された有効期限まで使用することができる。

様式第1号の1 (第2条関係)



重度心身障害児者医療費受給者証交付 (更新) 申請書

受給者	ふりがな								生年月日			
	氏名								男女	年	月	日生
	個人番号											
	住所	九度山町大字										
	公費負担者番号	8	0	3	0	0	2	0	5	電話番号		
受給者番号												
配偶者	氏名											
	個人番号											
扶養義務者 (※裏面参照)	氏名								受給者との続柄			
	個人番号											
	住所											
		受給者	① 配偶者		② 扶養義務者							
③ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人		人		人						
(うち、老人扶養の数)		() 人		() 人		() 人						
(うち、特定扶養の数)		() 人		() 人		() 人						
⑤ 前年の所得額		円		円		円						
⑥ 控除	雑損	円		円		円						
	医療費	円		円		円						
	小規模企業共済	円		円		円						
	配偶者特別	円		円		円						
	障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	障 特障	人 人	障 特障	人 人	障 特障	人 人					
	障害者・老年人・寡婦(夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	障・特障・老 寡・寡特・勤	人	障・特障・老 寡・寡特・勤	人	障・特障・老 寡・寡特・勤	人					
社会保険料	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			
	住所											
	保険種別	政・組・日・船・共・国				付加給付		有・無				
	被保険者証の記号番号											
	被保険者証発行機関名											
	所在地											
受給者証交付申請理由	1 身体障害者手帳	1級		2級								
	2 療育手帳	A1		A2		A						
	3 特別児童扶養手当	1級										
	4 精神障害者保健福祉手帳	1級										
手帳の有効期間	年 月 日 (※有期認定の場合のみ記入)											
新規・生保廃止・転入・その他 () (交付事由発生年月日 年 月 日)												
上記のとおり重度心身障害児者医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格認定の決定に際して、所得、世帯状況及び障害認定状況等について調査を行うことに同意します。												
九度山町長 様												
年 月 日 住所 九度山町大字												
氏名 ㊟												
保護者氏名 ㊟												

町記入欄

町審査欄	交付・更新年月日	年 月 日
------	----------	-------

※扶養義務者とは、直系血族(子、孫、父母、祖父母など)、兄弟姉妹のうち、障がい者本人の生計を維持している方(生活費などを主に負担している方)をいいます。子の配偶者などは、扶養義務者にあたりません(養子縁組した者を除く)ので、税法や健康保険の「扶養」とは必ずしも一致しない場合があります。

様式第1号の2 (第2条関係)



重度心身障害児者入院医療費受給者証交付 (更新) 申請書

受給者	ふりがな								男 女	生 年 月 日
	氏 名									年 月 日生
	個 人 番 号									
	住 所	九度山町大字								
	公費負担者番号	8	0	3	0	0	2	0	5	電話番号
受給者番号									-	
配 偶 者	氏 名									
	個 人 番 号									
扶 養 義 務 者 (※裏面参照)	氏 名								受給者との続柄	
	個 人 番 号									
	住 所									
所 得 の 状 況	受給者の状況	配偶者の状況			扶養義務者の状況					
前年町民税均等割	有 ・ 無	有 ・ 無			有 ・ 無					
前年町民税所得割	円	円			円					
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名								受給者との続柄	
	住 所									
	保 険 種 別	政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国			付加給付			有 ・ 無		
	被保険者証の 記 号 番 号									
	被保険者証 発 行 機 関 名									
	所 在 地									
受 給 者 証 交 付 申 請 理 由	①新規交付 (身体障害者手帳 3級) ②転入 ③生活保護の廃止 ④更新 ⑤その他 () 交付事由発生年月日 年 月 日									
上記のとおり重度心身障害児者入院医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格認定の決定に際して、所得、世帯状況及び障害認定状況等について調査を行うことに同意します。 九度山町長 様 年 月 日 住 所 九度山町大字 氏 名 ㊟ 保護者氏名 ㊟										

町記入欄

町審査欄		交付・更新年月日	年 月 日
------	--	----------	-------

※扶養義務者とは、直系血族(子、孫、父母、祖父母など)、兄弟姉妹のうち、障がい者本人の生計を維持している方(生活費などを主に負担している方)をいいます。子の配偶者などは、扶養義務者にあたりません(養子縁組した者を除く)ので、税法や健康保険の「扶養」とは必ずしも一致しない場合があります。

⑤ 重度心身障害者医療費受給者証交付 (更新) 申請書

受給者	ふりがな								男女	生年月日			
	氏名									年 月 日生			
	個人番号												
	住所	九度山町大字											
	公費負担者番号	8	5	3	0	0	2	0	0	電話番号			
受給者番号								-					
配偶者	氏名												
	個人番号												
扶養義務者 (※裏面参照)	氏名								受給者との続柄				
	個人番号												
	住所												
		受給者	① 配偶者		② 扶養義務者								
③ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人		人		人							
(うち、老人扶養の数)		() 人		() 人		() 人							
(うち、特定扶養の数)		() 人		() 人		() 人							
⑤ 前年の所得額		円		円		円							
控除	雑損	円		円		円							
	医療費	円		円		円							
	小規模企業共済	円		円		円							
	配偶者特別	円		円		円							
	障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	障 特障	人 人	障 特障	人 人	障 特障	人 人	障 特障	人 人				
障害者・老年者・寡婦(夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	障・特障・老 寡・寡特・勤	人	障・特障・老 寡・寡特・勤	人	障・特障・老 寡・寡特・勤	人	障・特障・老 寡・寡特・勤	人					
社会保険料	円		円		円								
※ 控除後の所得額		円		円		円							
後期 医療 高齢	被保険者証の記号番号												
	被保険者証発行機関名												
受給者証交付 申請理由	① 新規交付 (身体障害者手帳 1級 2級 療育手帳 A1 A2 A 精神障害者保健福祉手帳 1級)												
	② 転入												
	③ 生活保護の廃止												
	④ 更新												
	⑤ その他 ()												
交付事由発生日		年		月		日							
上記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格認定の決定に際して、所得、世帯状況及び障害認定状況等について調査を行うことに同意します。													
九度山町長 様													
年 月 日				住所 九度山町大字									
氏名										⑥			

町記入欄

町審査欄	交付・更新年月日	年 月 日
------	----------	-------

※扶養義務者とは、直系血族(子、孫、父母、祖父母など)、兄弟姉妹のうち、障がい者本人の生計を維持している方(生活費などを主に負担している方)をいいます。子の配偶者などは、扶養義務者にあたりません(養子縁組した者を除く)ので、税法や健康保険の「扶養」とは必ずしも一致しない場合があります。

⑤ 重度心身障害者入院医療費受給者証交付 (更新) 申請書

受給者	ふりがな								男女	生年月日			
	氏名									年 月 日生			
	個人番号												
	住所	九度山町大字											
	公費負担者番号	8	5	3	0	0	2	0	0	電話番号			
受給者番号									-				
配偶者	氏名												
	個人番号												
扶養義務者 (※裏面参照)	氏名								受給者との続柄				
	個人番号												
	住所												
所得の状況	受給者の状況			配偶者の状況			扶養義務者の状況						
前年町民税均等割	有・無			有・無			有・無						
前年町民税所得割	円			円			円						
後期高齢者医療	被保険者証の記号番号												
	被保険者証発行機関名												
受給者証交付 申請理由	①新規交付 (身体障害者手帳 3級) ②転入 ③生活保護の廃止 ④更新 ⑤その他 ()												
	交付事由発生年月日				年 月 日								
<p>上記のとおり重度心身障害者入院医療費受給者証の交付を申請します。 なお、受給資格認定の決定に際して、所得、世帯状況及び障害認定状況等について調査を行うことに同意します。</p> <p>九度山町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 九度山町大字</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>													

町記入欄

町審査欄		交付・更新年月日	年 月 日
------	--	----------	-------

※扶養義務者とは、直系血族(子、孫、父母、祖父母など)、兄弟姉妹のうち、障がい者本人の生計を維持している方(生活費などを主に負担している方)をいいます。子の配偶者などは、扶養義務者にあたりません(養子縁組した者を除く)ので、税法や健康保険の「扶養」とは必ずしも一致しない場合があります。

様式第2号の1 (第3条関係) (表)

身 重度心身障害児者医療費受給者証			
負担者番号	8 0 3 0 0 2 0 5		
受給者番号			
受 給 者	居住地	九度山町大字	
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	日生
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 及び印	和歌山県伊都郡九度山町 九度山町長 印		
交付年月日		年 月 日	

※裏面をよく読んでください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。(和歌山県外の保険医療機関等では、この証は使えませんので、一旦保険の自己負担分を支払ってから、領収書を添えて九度山町に申請してください。)
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を添えて九度山町に返してください。
- 4 氏名、居住地、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、この証を添えて九度山町にその旨を届け出て下さい。
- 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは再交付を受けてください。
- 6 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、すみやかに九度山町に返してください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 8 特殊な補てつ(入歯等)は保険とは別に費用がかかります。

様式第2号の2（第3条関係）（表）

(身) 重度心身障害児者医療費受給者証			
入院			
負担者番号	8 0 3 0 0 2 0 5		
受給者番号			
受給者	居住地	九度山町大字	
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	日生
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名 及び印	和歌山県伊都郡九度山町 九度山町長 印		
交付年月日	年 月 日		

※裏面をよく読んでください。

（裏）

注 意 事 項

- 1 この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。（和歌山県外の保険医療機関等では、この証は使えませんので、一旦保険の自己負担分を支払ってから、領収書を添えて九度山町に申請してください。）
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を添えて九度山町に返してください。
- 4 氏名、居住地、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、この証を添えて九度山町にその旨を届け出て下さい。
- 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは再交付を受けてください。
- 6 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、すみやかに九度山町に返してください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 8 特殊な補てつ（入歯等）は保険とは別に費用がかかります。

様式第2号の3 (第3条関係) (表)

(身) 重度心身障害者 (後期高齢者医療) 医療費受給者証			
負担者番号	8 5 3 0 0 2 0 0		
受給者番号			
受給者	居住地	九度山町大字	
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	日生
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
発行機関名 及び印	和歌山県伊都郡九度山町 九度山町長 印		
交付年月日	年 月 日		

※裏面をよく読んでください。

(裏)

- 注 意 事 項
- 1 この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。(和歌山県外の保険医療機関等では、この証は使えませんので、一旦保険の自己負担分を支払ってから、領収書を添えて九度山町に申請してください。)
 - 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証 (又は組合員証) に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
 - 3 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を九度山町に返してください。
 - 4 氏名、居住地、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、この証を添えて九度山町にその旨を届け出て下さい。
 - 5 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは再交付を受けてください。
 - 6 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、すみやかに九度山町に返してください。
 - 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
 - 8 特殊な補てつ (入歯等) は保険とは別に費用がかかります。

様式第2号の4（第3条関係）（表）

(身) 重度心身障害者（後期高齢者医療） 入院 医療費受給者証									
		負担者番号	8	5	3	0	0	2	0
受給者番号									
受給者	居住地	九度山町大字							
	氏名								男・女
	生年月日			年	月	日生			
有効期間				年	月	日から			
				年	月	日まで			
発行機関名 及び印		和歌山県伊都郡九度山町 九度山町長 印							
交付年月日				年	月	日			

※裏面をよく読んでください。

（裏）

- 注 意 事 項
- この証は、保険医療機関等に保険の自己負担分を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。（和歌山県外の保険医療機関等では、この証は使えませんので、一旦保険の自己負担分を支払ってから、領収書を添えて九度山町に申請してください。）
 - 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
 - 受給者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を九度山町に返してください。
 - 氏名、居住地、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、この証を添えて九度山町にその旨を届け出て下さい。
 - この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは再交付を受けてください。
 - 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、すみやかに九度山町に返してください。
 - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
 - 特殊な補てつ（入歯等）は保険とは別に費用がかかります。

入院	入院外	歯科	調剤	その他 (柔整)	訪問看護	様式第3号の1 (第5条関係)
----	-----	----	----	-------------	------	-----------------

身 重度心身障害児者医療費支給申請書

年 月 日

九度山町長様

住 所 九度山町大字

申請者 氏 名 ⑩

金 円

年 月分重度心身障害児者医療費について上記のとおり支給申請致します。

重度心身障害児者医療費の負担者番号	8	0	3	0	0	2	0	5	受給者氏名	(男・女)
重度心身障害児者医療費受給者の受給者番号										
被保険者証記号番号									保 險 別	政・組・日・船・共・国
									保 險 者 名	

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

※	請求点数	点	※	自己負担割合	本人	家族	医 療 費 請 求 額	円
					3	割	訪 問 看 護 一 部 負 担 額	円
					2	割	外 来 薬 剤 一 部 負 担 金	円
※	決定点数	点	(本人・家族の別も○でかこんでください)		特 定 疾 病 自 己 負 担 金		※ 決 定 請 求 額	円

入院	入院外	歯科	調剤	その他 (柔整)	訪問看護	様式第3号の2 (第5条関係)
----	-----	----	----	-------------	------	-----------------

重度心身障害者（後期高齢者医療）医療費支給申請書

年 月 日

九度山町長様

住 所 九度山町大字

申請者 氏 名 ①

金 円

年 月分重度心身障害児者医療費について上記のとおり支給申請致します。

重度心身障害児者医療費の負担者番号	8	5	3	0	0	2	0	0	受給者氏名	(男・女)
重度心身障害児者医療費受給者の受給者番号										
被保険者証記号番号									保 險 別	後期高齢者医療
									保 險 者 名	和歌山県後期高齢者医療広域組合

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

※	請求点数	点	※	自己負担割合	本人	家族	医療費請求額	円
					3	割	訪問看護一部負担額	円
					2	割	外来薬剤一部負担金	円
※	決定点数	点	(本人・家族の別も○でかこんでください)		特定疾病自己負担金		※ 決定請求額	円