

○赤平市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則

平成6年12月15日

規則第31号

(趣旨)

第1条 この規則は、赤平市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費助成に関する条例(平成6年条例第24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。

(一部負担金)

第1条の2 条例第2条第5項の規定による一部負担金は、次のとおりとする。

(1) 受給者の属する世帯員全員が市民税非課税世帯の場合 次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれに定める額

ア 医科受診の場合 初診1件につき580円

イ 歯科受診の場合 初診1件につき510円

ウ 柔道整復受療の場合 初診1件につき270円

(2) 前号以外の場合 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67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額(基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)に相当する額から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。以下「令」という。)第14条の規定の例により算出した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定額は、令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、57,600円とし、令第14条第3項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は、令第15条第3項の規定にかかわらず、14,000円とする。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第1条の3 前条第2号の場合であって受給者が条例第2条第6項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

(条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額等)

第2条 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別表によるものとする。

(受給者証の交付申請)

第3条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、受給者証交付申請書（様式第1号又は様式第2号）を、市長に提出するものとする。

2 前項の申請書には次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

(1) 重度心身障害者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身体障害者手帳若しくは同項第2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類又は同項第3号に規定する精神障害者保健福祉手帳

(2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は監護している事実を明らかにすることができる書類

(3) 条例第3条第3号又は同条第4号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類

(4) 第1条の2第1号に規定する者（その属する世帯員全員が市町村民税非課税者に限る。）にあつては、世帯全員が市町村民税非課税者であることを確認できる書類

3 市長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容について公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

4 市長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

（受給者の決定）

第3条の2 市長は、条例第6条第1項により受給資格者であることを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書（様式第3号）により、受給資格者であることを承認しないことを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第4条 市長は、条例第6条第1項の規定により受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証（様式第5号又は様式第6号）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、7月1日から7月31日までの間とする。ただし、市長が特に認めた場合は、この限りではない。

（受給者証の再交付）

第5条 受給資格者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（様式第7号）を、市長に提出してその再交付を受けることができる。

(助成金の交付申請)

第6条 受給資格者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給申請書(様式第8号)を市長に提出するものとする。

(助成金の交付の決定)

第7条 市長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書(様式第9号)により、当該申請者に通知するものとする。

(条例第4条第2項に規定する額等)

第7条の2 条例第4条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第3項(同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。)に規定する額とする。

(届出)

第8条 条例第9条第1号の規定による届出は、氏名又は住所等変更届(様式第10号)により、同条第2号の規定による届出は、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届(様式第11号)により行うものとし、当該届出書には受給者証を添付するものとする。

(助成金の交付の決定)

第9条 市長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書(様式第9号)により、当該申請者に通知するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条第1号の規定による届出は、氏名又は住所等変更届(様式第10号)により、同条第2号の規定による届出は、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届(様式第11号)により行うものとし、当該届出書には受給者証を添付するものとする。

附 則

1 この規則は、平成7年1月1日から施行する。

2 次に掲げる規則は、廃止する。

(1) 赤平市重度心身障害者医療費給付に関する条例施行規則(昭和48年規則第21号)

(2) 赤平市母子家庭等医療費給付に関する条例施行規則(昭和48年規則第22号)

附 則(平成11年規則第23号)

この規則は、平成11年10月1日から施行する。

附 則（平成13年規則第5号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。

ただし、改正後の規則第2条及び第3条の規定は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年規則第16号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成14年規則第27号）

この規則は、公布の日から施行し、平成14年10月1日から適用する。

附 則（平成16年規則第10号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成17年規則第29号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年規則第25号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第37号）抄

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第21号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。ただし、この規則中第2条の規定は、平成20年10月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則中第2条の規定による改正後の赤平市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費助成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係る医療費の支給について適用し、同日前の診療に係る医療費の支給については、なお従前の例による。
- 3 この規則中第2条の規定による改正後の赤平市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則の施行の際、すでに印刷済の用紙類については、この規則の規定にかかわらず、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成20年規則第34号）

この規則は、公布の日から施行し、平成21年1月1日から適用する。

附 則（平成24年規則第8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 改正後の赤平市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費助成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係る医療費の支給について適用し、同日前の診療に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

附 則（平成27年規則第27号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年規則第14号）

この規則は、平成28年8月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成29年8月1日から施行する。

別表（第2条関係）

第2条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

- (1) 条例第3条第3号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。以下同じ。）とし、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号）第8条第1項において準用する同令第2条第2項に定める額とする。
- (2) 条例第3条第4号に規定する所得の額は、前年の所得とし、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第2条の4第7項に定める額とする。

2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

(1) 所得の範囲

- ア 条例第3条第3号に該当する場合にあつては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第2項において準用する同令第4条の規定によるものとする。
- イ 条例第3条第4号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法第9条第2項並びに同法施行令第2条の4第6項及び第3条第1項の規定によるものとする。

(2) 所得額の計算方法

- ア 条例第3条第3号に該当する場合にあつては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第3項において準用する同令第5条の規定によるものとする。
- イ 条例第3条第4号に該当する場合にあつては、児童扶養手当法施行令第4条第1項及び第2項の規定によるものとする。

様式第1号(第3条第1項関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

赤平市長 様

申請者 住所
氏名 (印)
対象者との続柄

次のとおり、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、受給資格の認定にあたって、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。

(印)

※受給者番号											
申請内容	対象者の状況	フリガナ								住所	
		対象者									
		生年月日		年 月 日生(歳)							
		フリガナ								住所	
		世帯主									
	対象者との続柄										
	受給資格要件の状況	身体障害者手帳		交付年月日		年 月 日		身体障害の等級		級	
		療育手帳		交付年月日		年 月 日		判定		A・B	
		判定(診断)		判定(診断)年月日		年 月 日		総合判定(診断)		重度・中度・軽度	
		種別		政・組・日・船・共・国		記号番号		付加給付		有・無	
被保険者(世帯主)				被保険者証発行機関							
老人保健法		医療受給者証番号				資格取得年月日		年 月 日			
添付書類											
※決定欄	課長		主幹		係長		係		決定年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 (資格取得年月日 年 月 日)										
	2 次の理由により上記申請を却下する。										
却下理由											

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

様式第2号(第3条第1項関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

赤平市長 様

申請者 住所

氏名

印

対象者との続柄

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の認定にあたって、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況(児童扶養手当・養育費含む)について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。

印

※ 受給者番号											
申請内容	対象者の状況	父母・子の別	父・母		子						
		フリガナ									
		対象者									
		生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		
		性別	男・女		男・女		男・女		男・女		
		申請者との続柄									
	同居・別居	同居別居別	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居		
		別居地									
		別居の理由									
	受給資格要件の状況	父母の状況	氏名	父				母			
状況			生存 死亡 年 月 日			生存 死亡 年 月 日					
ひとり親家庭等 となった理由		死別・離別・行方不明・遺棄・ 拘禁・配偶者の障害・両親の死亡・ 両親の行方不明・その他					発生年月日 年 月 日				
医療保険		種別	政・組・日・船・共・国			記号 番号			付加 給付	有・無	
		被保険者 (世帯主)				被保険者証 発行機関					
添付書類											
※ 決定欄	課長		主幹		係長		係		決定 年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 (資格取得年月日 年 月 日)										
	2 次の理由により上記申請を却下する。										
却下理由											

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

様式第3号(第3条の2関係)

第 号
年 月 日

様

赤平市長



重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者証
〔交付〕
〔再交付〕 通知書

年 月 日付けで申請のありました重度心身障害者医療費受給者証〔交付〕
〔再交付〕ひとり親家庭等医療費受給者証〔交付〕
〔再交付〕申請については、別添重度心身障害者医療
費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。

様式第4号(第3条の2関係)

第 号

年 月 日

様

赤平市長



重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者証交付申請却下通知書



年 月 日付で申請のありました重度心身障害者医療費受給者証交付申請・
ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、次の理由により申請を却下しました
ので通知します。

(理 由)

様式第5号(第4条第1項関係)

その1

(表面)

 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div>			
市町村番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男女
	生年月日		
有効期限			
発行機関名及び印		北海道赤平市長 	
交付年月日			

(裏面)

注意事項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。 ① 医科受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 510円 ③ 柔道整復師等の施術を受ける場合 270円 ④ 入院時食事療養費
2 道内の保険医療機関、療養取扱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)、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
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市長に返してください。
4 氏名、居住地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 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日以内に市長にその旨を届け出てください。
6 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。
7 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市長に返してください。
8 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。

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

その2

(表面)

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> 障老 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">重度心身障害者医療費受給者証</div> </div>			
市町村番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男女
	生年月日		
有効期限			
発行機関名 及び印	北海道赤平市長 印		
交付年月日			

(裏面)

注意事項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
 - ① 医科受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 柔道整復師等の施術を受ける場合 270円
 - ④ 入院時食事療養費
- 2 道内の保険医療機関、療養取扱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)、健康手帳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市長に返してください。
- 4 氏名、居住地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 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日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 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。
- 7 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市長に返してください。
- 8 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。

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

様式第6号(第4条第1項関係)

(表面)

(母子) ひとり親家庭等医療費受給者証			
市町村番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男女
	生年月日		
有効期限			
発行機関名 及び印	北海道赤平市長		印
交付年月日			

(裏面)

注意事項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。 ① 医科受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 510円 ③ 柔道整復師等の施術を受ける場合 270円 ④ 入院時食事療養費
2 道内の保険医療機関、療養取扱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)、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
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市長に返してください。
4 氏名、居住地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 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日以内に市長にその旨を届け出てください。
6 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。
7 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市長に返してください。
8 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。

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

様式第7号(第5条関係)

重度心身障害者
医療費受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

赤平市長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 内 容	受給者	氏 名					受給者 番 号			
		住 所								
	再交付の理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()								
※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		係		決 定 年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。									
	2 次の理由により上記申請を却下する。									
	却 下 理 由									

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

様式第8号(第6条関係)

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

赤平市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
受給者との続柄

重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申 請 内 容	受 給 者	受給者番号			医療保険 記号・番号			
		住 所						
		氏 名			生年月日	年 月 日		
	け た 医 療 を 受 け た 病 院	名 称						
		所 在 地						
	診 療 の 内 容	入 院 別 入院外	入院・入院外	療 養 の 期 間	自	年 月 日		
					至	年 月 日		
		発病の原因			療 養 日 数	月(日)		
		療養に要した費用	円					
	医療費の支払方法	1 現金払 2 口座払	金融機関名		銀行		支店	
口座番号			口座番号		名義人			
※ 決 定 欄	課長		主 幹		係 長		係	
					決 定 年月日	年 月 日		
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので支給を決定する。 2 次の理由により上記申請を却下する。							
	支 給 決 定	総医療費	保険給付額		高額療養費		付加給付及び 保険対象外額	一 部 負 担 金
							支 給 決 定 額	
	却 下 理 由							

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

様式第9号(第7条関係)

第 号

年 月 日

様

赤平市長



重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました重度心身障害者医療費支給申請・ひとり親家庭等医療費支給申請については、次のとおり支給額を決定しましたので通知します。

記

- 1 支給決定額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

重度心身障害者 医療費受給者住所等変更届
ひとり親家庭等

年 月 日

赤平市長 様

届出人 住 所
氏 名
受給者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者氏名		受給者番号						
	住 所	新							変更 年 月 日
		旧							
	氏 名	新							変更 年 月 日
		旧							
	保 険 者	新	保 険 者 名	記 号 番 号	付 加 給 付	有 無		変更 年 月 日	
旧		有 無							
新		被保険者(世帯主) の 氏 名				年 月 日			
旧									
老人保健法	医療受給者証の番号			資格取得 年 月 日		年 月 日			
処 理 調	係	係長	主幹	課長	処 理 日 年 月 日		年 月 日		
	新受給者番号								
	変更年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	払出整理簿	未・済	受給者証 訂正(回収)	未・済	

(注) 届出者は処理調の欄に記入しないで下さい。

様式第11号(第8条関係)

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

赤平市長 様

届出人 住 所

氏 名

受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者	氏 名					受給者 番 号			
		住 所								
	資格喪失の理由	1 外の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給解除 4 死亡 5 その他 ()								
		発生年月日	年 月 日							
※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		係		決 定 年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。									
	資格喪失 年 月 日	年 月 日	台帳 整理	未・済	払出簿 整 理	未・済	受 給 者 証 訂正(回収)	未・済		

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。