

○御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱

平成23年7月1日

告示第82号

改正 平成24年8月1日告示第77号

平成26年12月26日告示第155号

平成27年4月1日告示第49号

御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱（昭和58年御所市告示第3号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この告示は、重度の心身障害の状態にある老人又はひとり親家庭等の老人が医療機関等で受診した場合において、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）その他の法令の規定により負担した一部負担金又は一部負担金相当額（以下「一部負担金等」という。）について助成を行うことに関し必要な事項を定めるものとする。

（助成の要件）

第2条 一部負担金等の助成は、御所市に住所を有する高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者（高齢者医療確保法第55条第1項又は第2項の規定の適用を受ける者を含む。）のうち、次の各号のいずれかに該当するものに対して行うものとする。

- (1) 御所市中心身障害者医療費助成条例（平成17年御所市条例第6号）第2条第1項第2号から第4号まで及び同条第2項に規定する助成要件に該当する者
- (2) 御所市ひとり親家庭等医療費助成条例（平成17年御所市条例第4号）第2条第1項各号（第3号を除く。）に規定する助成要件に該当し、かつ、同条例第4条に規定する支給制限を受けない者

（助成の申請）

第3条 一部負担金等の助成を受けようとする者は、重度心身障害老人等医療費受給資格申請書（様式第1号。以下「受給資格申請書」という。）を市長に提出するものとする。この場合において、市長は、助成を受けようとする者に対して、必要な書類を添付させることができる。

（助成の決定）

第4条 市長は、受給資格申請書を受領した場合は、これを審査し、助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）であると認めるときは、重度心身障害老人等医療費助成申請

書（様式第2号。以下「医療費助成申請書」という。）の用紙を交付するものとする。

- 2 受給資格申請書の提出がない場合であっても、市長がその者を助成対象者であると認めるときは、前項の規定に準じて医療費助成申請書の用紙を交付することができる。

（助成額）

第5条 一部負担金等の助成は、助成対象者の疾病又は負傷に係る医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに、次に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額を控除した額に相当する額（以下「助成金」という。）を交付するものとする。

（1） 外来療養である場合 500円

（2） 入院療養である場合 1,000円（14日未満の入院療養である場合は、500円）

（助成金の請求）

第6条 助成対象者は、医療機関等に一部負担金等を支払った場合又は市長に医療費の支給を申請した場合は、医療費助成申請書により市長に助成金を請求するものとする。

（助成金の交付）

第7条 市長は、前条の規定による助成金の請求があったときは、診療報酬明細書又は連名簿により当該助成対象者が一部負担金等を支払ったことを確認の上、助成金を交付するものとする。

（更新申請）

第8条 助成対象者は、毎年7月1日から同月30日までに、受給資格申請書を市長に提出するものとする。

- 2 第4条の規定は、前項の規定による更新申請があった場合において準用する。

（その他）

第9条 この告示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

- 1 この告示は、平成23年8月1日から施行する。
- 2 この告示による改正後の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定は、この告示の施行の日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成24年告示第77号）

（施行期日）

1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、現に改正前の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定により作成されている様式第1号の用紙で残存するものについては、改正後の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

附 則 (平成26年告示第155号)

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に改正前の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。

附 則 (平成27年告示第49号)

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に改正前の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の御所市重度心身障害老人等医療費助成要綱の規定にかかわらず、必要な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)

重度心身障害老人等医療費受給資格(新規・変更)申請書

御所市長 様

申請者 住所
氏名
電話 自宅
連絡先

印

次のとおり申請します。

重度心身障害老人等	該当用件	心身障害者手帳		手帳番号	
	(ふりがな)	交付年月日		有期年月日	
	氏名	()		生 年	
	住 所	1月2日以降転入した方記載 年 月 日			
保 護 者	(ふりがな)			生 年	
	氏名	()		月 日	(歳)
	続 柄				
	住 所	1月2日以降転入した方記載 年 月 日			
加 入 医 療 保 険	同居・別居の別	同居 ・ 別居		生計関係	生計同一・生計維持
	被保険者又は組合員の氏名			続 柄	
	種 別			区 分	
	記号・番号	記号	番号		
	保険者名		所 在 地		
	保険者番号				
振 込 先	資格取得年月日		附加給付の有無		
	金融機関名(支店名)		口 座 番 号		
	口座名義				
受給者番号		第	号	資 格 始 期	

なお、必要のあるときは前年中の所得状況に関し、税務関係当局において調査することに同意します。

氏 名	続 柄	氏 名	続 柄
	印		印
	印		印
	印		印
	印		印

(委任状)

私は、
年 月 日に申請した医療費の受領に関すること。
を代理人と定め、次の権限を委任します。

申請者の住所
氏名 印

代理人の住所
氏名 印

様式第2号(第4条関係)

重度心身障害老人等医療費助成申請書

年 月 日

御所市長 様

申請者 住所
氏名
電話 自宅
連絡先

下記のとおり医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

受給者	受給者証番号		医療保険 記号番号	—			
	保険者名		保険種別				
	住所						
	氏名		性別		生年月日		
医療機関名			医療機関コード				
診療の内訳	入院通院等の区分	入院・入院外		診療月	年 月	診療日数	日
	総医療費点数	総医療費		窓口負担額		定(低)額一部負担金	
	点	円		円		円	
	保険者負担額	附加給付金		高額療養費		支払決定額	
	円	円		円		円	
備考							
上記申請額の受領を 住所 氏名 に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名							

医療機関等の領収証明書を添付してください。

入院を伴う入院時食事療養費標準負担額は、給付の対象となりません。

様式第1号 (第3条関係)

様式第2号 (第4条関係)