

○西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則

平成9年7月11日

規則第5号

改正 平成10年6月25日規則第3号

平成13年7月1日規則第5号

平成17年3月29日規則第33号

平成21年3月31日規則第17号

平成27年12月25日規則第10号

西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則(昭和58年西原村規則第2号)の全部を次のように改正する。

(目的)

第1条 この規則は、西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例(平成9年西原村条例第19号。以下「条例」という。)の施行にし、必要な事項を定めるものとする。

(認定申請)

第2条 条例第4条に規定する受給資格者認定申請は、西原村重度心身障害者医療費受給資格者認定請求書(別記第1号様式)に、次に掲げる書類等を添えて村長に提出することによって行うものとする。

(1) 受給資格者の障害の程度を明らかにすることができる次のいずれかの書類

(イ) 身障手帳(条例第2条に定める「身障手帳」をいう。)

(ロ) 療育手帳(条例第2条に定める「療育手帳」をいう。)

(ハ) 障害者手帳(条例第2条に定める「障害者手帳」をいう。)

(ニ) 障害児福祉手当、福祉手当又は特別障害者手当(以下「福祉手当等」という。)の認定通知書

(ホ) 障害の程度を明らかにする診断書(障害児福祉手当(福祉手当)又は障害基礎年金の様式によること。)

- (2) 医療保険の被保険者証
- (3) 世帯全員の住民票の写し
- (4) 受給資格者、その父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書
- (5) その他村長が必要と認める書類
(受給資格者証の交付及び受給資格者台帳への登録)

第3条 条例第4条第2項の規定により受給資格者として認定を受けた者に対しては、西原村重度心身障害者医療費受給資格者証(別記第2号様式。以下「受給資格者証」という。)を交付するとともに、西原村重度心身障害者医療費受給資格者台帳(別記第3号様式。以下「受給資格者台帳」という。)に所定の事項を登録するものとする。

(却下通知)

第4条 条例第4条第2項に定める審査の結果、認定が不相当とされた者については、西原村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請却下通知書(別記第4号様式)により却下の通知をするものとする。

(所得状況の確認)

第5条 村長は、毎年7月1日から7月20日までの間に、条例第6条の規定に係る所得状況を確認し、受給資格者台帳にその結果を記載するものとする。

2 第2条の規定により認定申請時に行う所得確認又は前項の規定により定期に行う所得確認は、申請者又は受給資格者等から委任状(別記第5号様式)の提出があつた場合には、当該者が提出する所得に関する証明書に替えて、税務主管課の村民税課税台帳により行うことができるものとする。

3 第2条の規定により認定申請時に行う所得確認又は第1項の規定により定期に行う所得確認の結果、所得制限に該当すると認められた受給資格者に対しては、西原村重度心身障害者医療費助成停止通知書(別記第6号様式)を交付しなければならない。

(助成金の申請)

第6条 条例第7条に規定する助成申請は、西原村重度心身障害者医療費助成申請書(別記第7号様式)により行うものとする。

(助成金の支給)

第7条 条例第8条の規定に基づいて助成金の支給を行う場合において、受給資格者に係る条例第3条第1項に規定する一部負担金の額が医療保険各法の規定による高額療養費の支給に当たっての合算(以下「世帯合算」という。)の対象となるときは、受給資格者及びその属する世帯のその他の構成員(受給資格者との世帯合算の対象とならない者を除く。)について、国民健康保険法適用者にあつては、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書により、その他の医療保険適用者にあつては、各保険者の発行する高額療養費決定通知書等を医療費助成申請書に添付させることにより世帯合算の摘要の有無を確認のうえ、支給すべき額を決定するものとする。

2 前項の決定を行う場合において、世帯合算の適用があるときの助成対象経費は、世帯合算適用後の一部負担金等の負担限度額(組保管掌健康保険等の規定による附加給付があるときは、当該附加給付額を控除した額)に、世帯合算適用前における受給資格者に係る一部負担金等の額の世帯合算の対象となった当該世帯の一部負担金等の額に対する割合を乗じて得た額とする。

3 村長は、前2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは医療機関に支払われた受給資格者に係る一部負担金等の額を助成対象経費とみなして支給額を決定することができる。この場合において、当該支給決定額が前2項の規定により算定した額を超えるときは、当該超える額を返還させ、又は国民健康保険による高額療養費として支給すべき額から控除し、若しくは当該申請に係る月の翌月以降の分に係る支給額から控除するものとする。

4 前項の適用を受けようとする者は、高額療養費決定通知書等の交付があつたときは速やかに村長に提出しなければならない。

5 助成金の支給の決定については、西原村重度心身障害者医療費助成決定通知書(別記第8号様式)により行うものとする。

(助成金給付の終期)

第8条 条例第9条に規定する受給資格者としての要件が消滅した日とは、次の各号に掲げる日という。

- (1) 条例第2条に規定する受給資格者に該当しなくなった日
- (2) 条例第5条の規定により交付された受給資格者証に期間の定めがあった場合で、その期限が終了した日

(届出の事項)

第9条 条例第10条に規定する届出をしなければならない事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者又は保護者の氏名の変更又は本村内における住所の変更
- (2) 受給資格者に係る医療保険の種別、内容その他の変更
- (3) 前条に規定する受給資格者としての要件の消滅

2 前項の届出は、西原村重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書(別記第9号様式)により行うものとする。

(受給資格の喪失)

第10条 前条第1項第3号の規定による届出により受給資格者としての要件が消滅したと認められた者又は村長が受給資格者としての要件に該当しなくなったと認めた者に対しては、西原村重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書(別記第10号様式)により通知するものとする。

(助成金の返還)

第11条 条例第11条に規定する助成金の返還通知は、西原村重度心身障害者医療費助成金返還通知書(別記第11号様式)により行うものとする。

(雑則)

第12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

この規則は、平成9年8月1日から施行し、改正後の西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成9年8月1日以降に行われた診療に係

る医療費について適用する。

附 則(平成10年規則第3号)

この規則は、平成10年8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、公布の日から施行する。

附 則(平成17年規則第33号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成21年規則第17号)

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第10号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

別記第1号様式(第2条関係)

西原村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書					
西原村長 様					
年 月 日					
申請者 住所 氏名 個人番号 電話番号					
印					
下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します					
対 象 障 害 者 の 状 況	氏名 個人番号		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				
	障 害 の 状 況	身体障害者手帳	1級・2級 障害名 ()	手帳番号	号
		療 育 手 帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号	号
		精神障害者保健福祉手帳	1級 有効期限	手帳番号	号
				年 月 日	
		福祉手当受給相当者	障害の種類 () 有期		年 月まで・無期
保 険 の 状 況	種 類	国・政・組・共・その他 ()			
	記 号		番 号		
	被保険者氏名			対象障害者との続柄	
	保険者名			附加給付	有()円・無
添 付 書 類	1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のい ずれか				
	2 医療保険の被保険者証				
	3 世帯全員の住民票の写し				
	4 対象障害者、対象障害者の父母(既婚者にあつては配偶者)及び子の所得に関する証明書				
年 月 日					
西原村長 様					
重度心身障害者医療費の給付の認定に必要な村民税関係の調査をされても、異議は申し立てませ ん。					
氏 名 印					

別記第2号様式(第3条関係)

(表)

西原村重度心身障害者医療費 受給資格者証		
受給資格者番号		
受給資格者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
交付年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで	
印		

(裏)

注 意 事 項

- 1 これは、重度心身障害者医療費の助成をうけられることを証明するものですから、大切に保管してください。
- 2 村に助成金の支給申請書を提出するとき又は助成金の支払を受けるときは、必ずこれを提示してください。
- 3 次に書いてあることが生じたときは、必ず届け出てください。
 - (1) 表面の記載事項に変更が生じたとき。
 - (2) 受給資格者が生活保護法による保護を受けるなど他の法令等による公費負担の医療を受けるようになったとき。
 - (3) 受給資格者が当村から転出又は死亡したとき。

別記第3号様式(第3条関係)

(表面)

					受給資格者番号	
西原村重度心身障害者医療費受給資格者台帳						
受給資格者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住所				電話	
	障害の区分	身体障害者手帳	1級・2級 障害名 ()	手帳番号	号	
		療育手帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号	号	年度
保険の状況	精神障害者保健福祉手帳	1級 有効期限	手帳番号	号	年 月 日	
	福祉手当受給相当者	障害の種類 () 有期		年 月まで・無期		
所得制限	種類	国・政・組・共・その他 ()				
	記号		番号			
	被保険者氏名			対象障害者との続柄		
	保険者名			附加給付	有()円・無	
受給資格者証	年 月 日	交付更新	有期()年・無期			
	年 月 日	更新	有期()年・無期			
受給資格者証	年 月 日	更新	有期()年・無期			
	年 月 日	更新	有期()年・無期			

別記第4号様式(第4条関係)

西原村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請却下通知書	
氏 名	
住 所	
却下した理由	
<p>年 月 日付で重度心身障害者医療費受給資格者認定の申請がありましたが、上記のとおり却下したので通知します。</p> <p>なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、書面で村長に異議申立をすることができます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">熊本県阿蘇郡西原村長 印</p> <p>(申請者) 様</p>	

別記第5号様式(第5条関係)

委 任 状

私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を、西原村役場住民課長に委任します。

熊本県阿蘇郡西原村長 様

年 月 日

住 所

氏 名

印

受給資格者番号	
---------	--

別記第6号様式(第5条関係)

西原村重度心身障害者医療費助成停止通知書			
受給資格者氏名		受給資格者番号	
住 所			
助成停止期間	年	月診療分から	年 月診療分まで
<p>あなたは、西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例第6条の規定により、上記のとおり医療費の助成を停止することとしたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">熊本県阿蘇郡西原村長 印</p> <p>(受給資格者) 様</p>			

(表面)

西原村重度心身障害者医療費助成申請書											
西原村長 様					年 月 日						
住所					申請者						
氏名					印						
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。											
申請者の記入欄	受給資格者氏名			受給資格者番号							
	当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養該当のみ)	氏名		医療機関		支払額	円				
		氏名		医療機関		支払額	円				
		氏名		医療機関		支払額	円				
医療機関等の記入欄	医療機関	診療月	年 月分		患者氏名						
		入院日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円				
		通院日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円				
						薬剤一部負担金	円				
	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日										
	所在地 名称 氏名 印										
	調剤薬局	調剤	調剤日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
							薬剤一部負担金	円			
		上記の一部負担金額を受領しました。 処方医療機関名									
		年 月 日 所在地 名称 氏名 印									
市町村記入欄	決済				課長	課長補佐	係長	係			
	助成決定額										
	支給額										
	一部負担金額	高額療養費額	附加給付額	自己負担額	助成額						
①	②	③	④	① - (② + ③ + ④)							
円	円	円	円	円							

- (注) 1 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付して下さい。
- 2 必ず1年以内に提出して下さい。(1年を過ぎると支払ができません)

(裏面)

記入上のお願い

1 申請者の記入欄

- (1) 「当該月の他の世帯員の受診状況」欄は、助成申請を行う診療月に、受給資格者以外に高額療養費に該当する世帯員がいれば記入してください。

2 医療機関等の記入欄

- (1) 「定率一部負担金」欄は、2割、3割などの定率の一部負担金の額を記入してください。
- (2) 「薬剤一部負担金」欄は、通院で薬剤の支給を受けた場合の一部負担金の額を記入してください。

別記第8号様式(第7条関係)

西原村重度心身障害者医療費助成決定通知書	
様	
年 月 日	
熊本県阿蘇郡西原村長	
印	
さきに申請のあった西原村重度心身障害者医療費助成については、下記のとおり決定したので、通知します。	
記	
1 助成決定	
診 療 期 間	年 月 から 月 分
助 成 決 定 額	円
支 払 年 月 日	年 月 日
2 却 下 (理 由)	

※ 持参するもの 印鑑及びこの通知書

※ 支 払 場 所 西原村役場会計課

別記第9号様式(第9条関係)

西原村重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書						
西原村長 様						
年 月 日						
届出者 住 所 氏 名 印						
つぎのとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。						
変 更 事 項	氏 名	新				受 給 資 格 者 番 号
		旧				
	住 所	新				
		旧				
	保 険	新	種 類		記 号 番 号	
			被 保 険 者 名		受 給 資 格 者 と の 続 柄	
			保 険 者 名		附 加 給 付	
		旧	種 類		記 号 番 号	
			被 保 険 者 名		受 給 資 格 者 と の 続 柄	
			保 険 者 名		附 加 給 付	
受 給 要 件 消 滅 者 減	1 村外に転出(転出先) 2 受給資格者の死亡(年 月 日死亡) 3 その他 []					
添付書類 ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証 ・ 受給資格者証						

別記第10号様式(第10条関係)

西原村重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書	
氏名	
住所	
受給資格を喪失した日	年 月 日
受給資格を喪失した理由	
<p>上記のとおり、重度心身障害者医療費の受給資格を喪失したので通知します。</p> <p>なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、書面で村長に異議申立をすることができます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">熊本県阿蘇郡西原村長 印</p> <p>(受給資格者) 様</p>	

別記第11号様式(第11条関係)

西原村重度心身障害者医療費助成金返還通知書

西住発第 号
年 月 日

(申請者) 様

熊本県阿蘇郡西原村長 印

さきに支給した重度心身障害者医療費助成金については、下記のとおり返還してください。

記

1 返還金

支 給 年 月 日	支 給 金 額	返 還 金 額
年 月 日	円	円

2 返還理由

3 納付期限 年 月 日

4 納付場所

別記第1号様式(第2条関係)

別記第2号様式(第3条関係)

別記第3号様式(第3条関係)

別記第4号様式(第4条関係)

別記第5号様式(第5条関係)

別記第6号様式(第5条関係)

別記第7号様式(第6条関係)

別記第8号様式(第7条関係)

別記第9号様式(第9条関係)

別記第10号様式(第10条関係)

別記第11号様式(第11条関係)