

## 重度心身障害者医療費助成要綱

昭和58年2月1日

訓令第2号

### (目的)

第1条 この要綱は、重度心身障害者（以下「障害者」という。）の医療費の一部を助成することにより、当該障害者の保健の向上を図り、もって障害者の福祉の増進に資することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「社会保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (6) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (7) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

2 この要綱において「対象者」とは、田布施町内に居住地を有する者又は国民健康保険法第116条若しくは第116条の2の規定により田布施町が行う国民健康保険の被保険者とした者又は高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とした者（国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律の同規定による対象者は山口県内に居住地を有するものに限る。ただし、同法同規定により転出先の県外市町村において助成を受けることができない場合を除く。）で、かつ、別表第1に定める障害者に該当する者のうち、社会保険各法の規定による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であって、その所得が国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令（昭和61年政令第54号）第52条に規定するところにより、なおその効力を有することとなる旧国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）第6条の4第1項に規定する額（対象者に扶養親族等があるときは国民年金法施行令第5条の4に準じて加算した額）を超えないものをいう。

3 前項に規定する「所得」は、対象者の前年の所得（1月から6月までの間に受けた医療に係る障害者医療費については、前々年の所得とする。）とする。

4 第2項の規定にかかわらず、次の各号の一に該当する者は、対象者とししないものとする。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号若しくは同条第2項の措置又は同法第33条の規定による一時保護を受けている者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができるもの
- (3) 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第16条の規定による施設入所等の措置を受けている者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができるもの
- (4) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）による一般疾病医療費の支給を受けることができる者
- (5) 国民健康保険法第116条又は第116条の2の規定により他の市町村が行う国民健康保

険の被保険者とされた者

(6) 高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とされた者

5 この要綱において「社会保険各法の規定による医療に関する給付」とは、疾病又は負傷についての社会保険各法による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給をいう。

(助成の範囲)

第3条 町長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において当該医療に関する給付の額(その者が社会保険各法又は老人保健法による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する社会保険各法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。)が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額(社会保険各法による入院時食事療養又は入院時生活療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費又は当該入院時生活療養費の給付に関するこれらの法律に規定する食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を除いた額とする。)を、毎年度予算の範囲内において重度心身障害者医療費(以下「障害者医療費」という。)として助成するものとする。ただし、当該疾病又は負傷について、法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りではない。

2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることはできない。

(受給者証の交付申請)

第4条 この要綱により障害者医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、町長に対し、重度心身障害者受給資格(認定・更新)申請書(様式第1号)及び被扶養者確認票(様式第1号の2、所得税法における19歳未満の扶養親族を有する者に限る)に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

(1) 社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入者証

(2) 収入及び扶養の状況を記載した書類で町長が認めるもの。ただし、障害者医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認できるときは、当該書類の提示等を要しないものとする。

(3) 国民年金証書、特別児童扶養手当証書、身体障害者手帳、療育手帳その他この要綱に定める障害を有する者であることを証する書類

(4) その他町が必要と認めた書類

2 前項の申請に当たって、障害者医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、次に掲げる事項について、同意しなければならない。

(1) 町長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、受給者の所得状況、19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。

(2) 町長が、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

(3) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。

(4) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を

受けた場合、町の過払い相当額を町へ返還すること。

(5) 保険者に対して医療費に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。

(6) 田布施町重度心身障害者医療費助成要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

(受給者証の交付等)

第5条 町長は、前条第1項の規定による申請書又は第3項の規定による申請書の提出があった場合において、その申請に係る者が対象者であると認めるときは、当該申請書を提出した者に対し、福祉医療費受給者証（様式第2号の1又は様式第2号の2、以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間は、交付の日（更新の場合にあっては、その年の7月1日）からその日以後最初に到来する6月30日までとする。ただし、交付の日（更新の場合にあっては、その年の7月1日）に74歳の者にあっては、75歳の誕生日の前日までとする。

3 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）が受給者証の有効期間満了後も引き続き障害者医療費の助成を受けようとするときは、毎年5月1日から同月31日（町長が特に認めた場合にあっては、6月30日）までの間に、町長に対し、重度心身障害者受給資格（認定・更新）申請書（様式第1号）に前条第1項各号に掲げる書類を添えて受給者証の更新を申請することができる。

4 前項の申請に当たっては、前条第2項の規定を準用する。

5 第3項の規定にかかわらず、第2項ただし書の規定により有効期間が75歳の誕生日の前日までの受給者証の交付を受けている者が、受給者証の有効期間満了後も引き続き障害者医療費の助成を受けようとするときは、当該有効期間の満了する日の1か月前から当該有効期間の満了する日までの間に、町長に対し、重度心身障害者受給資格（認定・更新）申請書（様式第1号）に前条第1項各号に掲げる書類及び後期高齢者医療の被保険者証を添えて受給者証の更新を申請することができる。

6 前項の申請に当たっては、前条第2項の規定を準用する。

(助成の方法)

第6条 受給者は、障害者医療費の助成を受けようとするときは、町長に対し、福祉医療費交付申請書（様式第3号）に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

(1) 社会保険各法の規定による一部負担金を支払ったことを証する資料若しくは他の法令等による給付に関し費用徴収金が課せられる場合は、措置の実施機関の発行する決定通知書又は医療機関の発行する領収書等の当該費用徴収金額が確認できる資料

(2) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他これに類する給付を受けることができる場合若しくはできた場合、又はその他法令等の規定により給付を受けることができる場合若しくはできた場合は、その給付金額が記載された書類

2 前項の規定による申請書の提出に当たっては、受給者証を提示しなければならない。

3 町長は、前項の申請書を受理した場合において、その内容を審査の上適当と認めるときは、障害者医療費の額を決定し、受給者に支払うものとする。

(現物給付による助成)

第7条 受給者が、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局若しくは指定訪問看護事業者又はその他別に定める病院、診療所若しくは薬局（以下「保険医療機関等」という。）で医療を受けた場合においては、前条の規定にかかわらず、町長は、当該医療費に関してその者に助成すべき金額を限度として当該保険医療機関等に対しその者に代わり医療費を支払うことができる。

2 前項の規定により医療費を支払ったときは、当該医療を受けた者に対し前条の規定による障害者医療費の助成を行ったものとみなす。

3 町長は、第1項の規定による医療費の支払を行う場合において、保険医療機関等に支払うべき医療費の額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会に委託する方法により行うものとする。

（受療の手続）

第8条 受給者は、前条の規定により医療を受けようとするときは、当該医療を受けようとする保険医療機関等に対し、受給者の属する保険者又は組合の発行した被保険者証又は組合員証に受給者証を添えて提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によりこれを提出することができない者であつて、受給者であることが明らかなものについては、この限りでない。

（助成の制限等）

第9条 田布施町は、単身世帯である対象者（生活保護法による保護の実施要領に基づき、世帯分離の措置等により単身世帯として取り扱われる者を含む。）のうち65歳以上の者を除き、継続した入院期間（受給者となる前の入院期間を含む。）が1年を超え、かつ、その月額平均収入額が別表第2に定める基準額を下回るものについては、第3条の規定にかかわらず、入院に係る障害者医療費は助成しないものとする。ただし、別に定める事由に該当し、町長が特に認めた場合は、この限りでない。

2 田布施町は、受給者証の有効期間内に第1項の規定により入院に係る障害者医療費を助成しないこととなる者については、同項の規定にかかわらず、当該受給者証の有効期間内に限り、なお入院に係る障害者医療費を助成するものとする。

第10条 町長は、必要があると認めるときは、この要綱による障害者医療の助成を受けようとする者及び受給者に対し、対象者の収入、資産、家族状況等に関し報告を求め、又は関係職員をして調査させるものとする。

2 町長は、次の各号のいずれかに該当するときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しないことができる。

（1） 受給者の疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであつて、損害賠償を請求することができるとき。

（2） 受給者の疾病又は負傷が受給者の故意による犯罪行為により生じたものであるとき。

（3） 受給者が助成の決定に関する書類で町長が必要と認めるものを提出しないとき。

（4） その他この要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したとき。

（変更事項等の届出）

第11条 受給者は、次の各号の一に該当するときは、速やかにその旨を町長に届け出なければならない。

（1） 住所又は氏名を変更したとき。

（2） 加入している医療保険に変更があったとき。

（3） 助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。

- (4) 受給者証を紛失したとき。
- (5) 町外へ転出するとき。
- (6) 医療費の助成がある施設へ入所するとき。
- (7) 生活保護を受けるようになったとき。
- (8) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき。
- (9) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けたとき。
- (10) 障害者手帳等の等級に変更があったとき。
- (11) 税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき。

(受給者証の再交付)

第12条 受給者は、受給者証を破損し、又は紛失したときは、町長に申請してその再交付を受けることができる。

(受給者証の返還)

第13条 受給者又はその家族は、第5条第3項若しくは第5項の規定により受給者証の更新の申請をしないとき又は受給者が死亡したとき若しくは受給者としての要件を欠くに至ったときは当該受給者証を町長に返還しなければならない。

(障害者医療費の返還)

第14条 町長は、偽りその他不正な行為により障害者医療費の助成を受けた者があるときは、その者から、既に助成した障害者医療費の全部又は一部を返還させるものとする。

- 2 町長は、受給者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けることができるとき若しくは受けたときは、その金額の限度において、障害者医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した障害者医療費の額に相当する額を返還させるものとする。
- 3 受給者及び被保険者は、障害者医療費の助成を受けている者に係る医療費について、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他の法令等により医療費の助成を受けたときは、その金額の限度において、その金額に相当する障害者医療費を返還しなければならない。
- 4 町長は第3条の規定による助成すべき額を超えて助成したときは、受給者及び被保険者からその過払い相当額を町へ返還させるものとする。ただし、町長が保険者から過払い相当額を代理受領できた場合は、この限りでない。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行について必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、昭和58年2月1日から施行する。
- 2 田布施町重度心身障害者医療費助成要綱(昭和56年3月20日制定。以下「旧要綱」という。)は、廃止する。
- 3 この要綱の施行の際、旧要綱の規定により交付されている受給者証は、この要綱の規定に基づいて交付されたものとみなす。

附 則(昭和59年10月1日訓令第7号)

この要綱は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則(平成6年10月1日訓令第10号)

この要綱は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成8年4月1日訓令第8号)

この要綱は、平成８年４月１日から施行する。

附 則（平成９年９月１日訓令第１５号）

この訓令は、平成９年９月１日から施行する。

附 則（平成１１年４月１日訓令第７号）

この訓令は、平成１１年４月１日から施行する。

附 則（平成１５年４月１日訓令第９号）

（施行期日）

- 1 この訓令は、平成１５年４月１日から施行する。

（助成の範囲に係る経過措置）

- 2 本則第３条に定める障害者医療費として助成する額に、平成１５年４月１日から平成１５年９月３０日までの間は、社会保険各法又は老人保健法の規定による入院時食事療養費の標準負担額のうち１日あたり５００円（実際に負担する額がこの額に満たないときは、当該実際の負担額）を、平成１５年１０月１日から平成１６年９月３０日のまでの間は、１日当たり２５０円を加える。

附 則（平成１９年４月１日訓令第１１号）

この訓令は、平成１９年４月１日から施行する。

附 則（平成２０年４月１日訓令第９―３号）

この訓令は、平成２０年４月１日から施行する。

附 則（平成２０年８月１日訓令第１２号）

この訓令は、平成２０年８月１日から施行する。

附 則（平成２４年７月９日訓令第１０―２号）

この訓令は、平成２４年７月９日から施行する。

附 則（平成２４年８月１日訓令第１２―２号）

この訓令は、平成２４年８月１日から施行する。

附 則（令和２年１１月２日訓令第６６号）

（施行期日）

- 1 この訓令は、令和２年１１月２日から施行する。

（経過措置）

- 2 この訓令の施行の際、この訓令による改正前の田布施町重度心身障害者医療費助成要綱に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別表第 1（第 2 条関係）

障害者の範囲

| 号 | 障害者                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------|
| 1 | 国民年金法施行令（昭和 3 4 年政令第 1 8 4 号）別表の 1 級に該当する程度の障害を有する者          |
| 2 | 身体障害者福祉法施行規則（昭和 2 5 年厚生省令第 1 5 号）別表第 5 号の 3 級に該当する程度の障害を有する者 |

別表第 2（第 9 条関係）

入院医療費助成の制限の対象となる者の収入の基準

| 基準額                                        | 基準額の内訳 |                                              |
|--------------------------------------------|--------|----------------------------------------------|
| 基準額の内訳の 1 から 3 までに定める事項につき、それぞれ算定した額を合算した額 | 1      | 生活保護法による保護の基準で定める入院患者日用品費の月額基準額              |
|                                            | 2      | 生活保護法による保護の基準で定める障害程度に応じた障害者加算の月額            |
|                                            | 3      | 社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において最高となる月額の自己負担額 |

重度心身障害者受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

交付年月日 年 月 日

|                 |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|-----------------|----------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|-----|-------------|--|
| 受給者番号           |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       | 資格認定年月日                 |     |             |  |
| 申請事由            |                | 新規・更新・転入・その他( )                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       | 年齢区分                    |     | 65歳未満・65歳以上 |  |
| ①受給者            | フリガナ           |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       | 住所                      | 〒 — |             |  |
|                 | 氏 名            |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | 生年月日           | 年 月 日                                                        |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | フリガナ           |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | 保護者            |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| ②障害の状況          | 身体障害者の状況       | 程度(等級別)                                                      |                    |                                                              |                  | 種別                                                             |       |                         |     |             |  |
|                 |                | 身体障害者の番号                                                     |                    | 発行第 号(再判定 )                                                  |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | 知的障害者の状況       | 程度                                                           | 第 号                |                                                              |                  |                                                                |       | 摘 要                     |     |             |  |
|                 |                | 判定日                                                          | 年 月 日発行(再判定 年 月 日) |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | 精神障害者の状況       | 程度(等級別)                                                      |                    | 等級                                                           |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 |                | 精神障害者の番号                                                     |                    | 年 月 日発行 第 号(期限 年 月 日)                                        |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
|                 | 国民年金受給者証番号     |                                                              | 第 号                |                                                              | 傷病名              |                                                                |       | 有期認定                    | まで  |             |  |
|                 | 特別児童扶養手当受給者証番号 |                                                              | 第 号                |                                                              |                  |                                                                |       |                         | まで  |             |  |
|                 | ③医療保険          | 被保険者氏名                                                       |                    |                                                              |                  |                                                                |       | 受給者との続柄                 |     |             |  |
|                 |                | 保険種別                                                         |                    |                                                              |                  |                                                                |       | 被保険者証の記号番号              |     |             |  |
| 保険者名            |                |                                                              |                    |                                                              |                  | 保険者番号                                                          |       |                         |     |             |  |
| 所 在 地           |                |                                                              |                    |                                                              |                  | 付加給付の有無                                                        |       |                         |     |             |  |
| 高額医療費代理受給委任状の有無 |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| ④その他            | 同居人氏名          |                                                              | (続柄 )              |                                                              | (続柄 )            |                                                                | (続柄 ) |                         |     |             |  |
|                 |                |                                                              | (続柄 )              |                                                              | (続柄 )            |                                                                | (続柄 ) |                         |     |             |  |
|                 | 施設入居の有無        |                                                              |                    |                                                              | ほかに受けることができる公費負担 |                                                                |       |                         |     |             |  |
| 田布施町長殿          |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| 申請者 住 所 年 月 日   |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| TEL( )          |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| 氏 名             |                |                                                              |                    |                                                              |                  |                                                                |       |                         |     |             |  |
| 所得状況            |                | 本 人                                                          |                    | 配 偶 者                                                        |                  | 扶養義務者                                                          |       |                         |     |             |  |
| 控除後の所得額         |                | 円                                                            |                    | 円                                                            |                  | 円                                                              |       |                         |     |             |  |
| 控除対象親族数         |                | 人                                                            |                    | 人                                                            |                  | 人                                                              |       |                         |     |             |  |
| 限度額             |                | 円                                                            |                    | 円                                                            |                  | 円                                                              |       |                         |     |             |  |
| 審査欄             | 資格審査           | <input type="checkbox"/> ① 可<br><input type="checkbox"/> ② 否 | 所得審査               | <input type="checkbox"/> ① 可<br><input type="checkbox"/> ② 否 | 判定               | <input type="checkbox"/> ① 認定<br><input type="checkbox"/> ② 却下 | 公募確認  | 戸籍・住民票・生活保護・他制度医療( )・所得 |     |             |  |



|   |   |   |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

被扶養者確認票(重度医療受給申請用)

重度心身障害者福祉医療費助成制度は、受給対象者の扶養の人数によって所得制限額が異なります。

平成22年度税制改正により、平成23年中の収入分の税計算から『16歳未満の年少扶養控除額33万円』及び『16歳以上19歳未満に対する扶養控除の上乗せ額12万』が廃止されたため、19歳未満の扶養親族がおられる場合は所得制限の判定において、税制改正前より不利となる場合があります。

そのような状況にならないように、税制改正前の扶養人数で所得制限額を判定させていただきますので、19歳未満の扶養親族がおられる場合は、下記の事項について必ずご記入ください。

※ 年12月31日の現況において、「生計を一にする」0歳から19歳未満の扶養親族について記入上の注意をよくお読みいただき、下欄にご記入ください。

記入上の注意

一人のお子さんについて、複数の扶養者(父母等)が同時に扶養することはできません。

同意事項等

- 記載内容の確認のため、扶養の状況を市町村民税課税台帳により確認させていただきます。
- 上記1により確認ができない場合は、それらが確認できる書類で市(町)長が必要と認めるものを提出していただきますので、ご了承ください。

|                    |  |
|--------------------|--|
| 申請者氏名<br>(受給者・対象者) |  |
|--------------------|--|

① 年1月2日～ 年12月31日生まれ の扶養親族(0歳～15歳)

| 氏 名         | 続柄 | 生年月日      |
|-------------|----|-----------|
| (記入例) 山口 一郎 | 長男 | 平成25年5月1日 |
|             |    | 年 月 日     |
|             |    | 年 月 日     |
|             |    | 年 月 日     |
|             |    | 年 月 日     |
| ※職員確認欄(年少)  |    | 人         |

② 年1月2日～ 年1月1日生まれ の扶養親族(16歳～18歳)

| 氏 名         | 続柄 | 生年月日      |
|-------------|----|-----------|
| (記入例) 山口 花子 | 長女 | 平成15年7月5日 |
|             |    | 年 月 日     |
|             |    | 年 月 日     |
|             |    | 年 月 日     |
| ※職員確認欄(特定)  |    | 人         |

様式第 2 号の 1 （第 5 条関係）

|                                                                 |         |  |                    |     |  |  |  |       |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------|--|--------------------|-----|--|--|--|-------|--|
| <div>福</div> <div>福 祉 医 療 費 受 給 者 証</div> <div>(重度心身障害者用)</div> |         |  |                    |     |  |  |  |       |  |
| 特 記 事 項                                                         |         |  |                    |     |  |  |  |       |  |
| 記 号                                                             |         |  |                    | 番 号 |  |  |  |       |  |
| 受<br><br>給<br><br>者                                             | 居 住 地   |  |                    |     |  |  |  |       |  |
|                                                                 | 氏 名     |  |                    |     |  |  |  | 男 ・ 女 |  |
|                                                                 | 生 年 月 日 |  |                    |     |  |  |  |       |  |
| 有 効 期 間                                                         |         |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |     |  |  |  |       |  |
| 発 行 機 関 名<br>及 び 印                                              |         |  |                    |     |  |  |  |       |  |
| 福祉医療費負担者番号                                                      |         |  |                    |     |  |  |  |       |  |
| 交 付 年 月 日                                                       |         |  | 年 月 日              |     |  |  |  |       |  |

## 注 意 事 項

- 1 医療保健機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、更生医療、育成医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受療される際は、必ず町長に協議してください。
- 3 入院期間が1年以上になったときは、医療費の助成が受けられなくなることがありますので、入院期間が1年に達したときは、町長に届け出て相談してください。
- 4 次の場合には、速やかに町長に届けを出してください。
  - (1) 氏名又は住所を変更したとき。
  - (2) 加入医療保険の内容等に変更があったとき。
  - (3) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき。
  - (4) 受給者証を紛失したとき。
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに町長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください。(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市町村に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市町村長の指示に正当な理由がなく応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

※ この制度は、山口県と共同で実施しています。

様式第 2 号の 2 （第 5 条関係）

|                                                                 |         |  |                         |  |     |  |  |       |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------|--|-------------------------|--|-----|--|--|-------|--|
| <div>福</div> <div>福 祉 医 療 費 受 給 者 証</div> <div>(重度心身障害者用)</div> |         |  |                         |  |     |  |  |       |  |
| 特 記 事 項                                                         |         |  | 後 期 高 齢 者 医 療 適 用 (※朱書) |  |     |  |  |       |  |
| 記 号                                                             |         |  |                         |  | 番 号 |  |  |       |  |
| 受<br>給<br>者                                                     | 居 住 地   |  |                         |  |     |  |  |       |  |
|                                                                 | 氏 名     |  |                         |  |     |  |  | 男 ・ 女 |  |
|                                                                 | 生 年 月 日 |  |                         |  |     |  |  |       |  |
| 有 効 期 間                                                         |         |  | 年 月 日から<br>年 月 日まで      |  |     |  |  |       |  |
| 発 行 機 関 名<br>及 び 印                                              |         |  |                         |  |     |  |  |       |  |
| 福祉医療費負担者番号                                                      |         |  |                         |  |     |  |  |       |  |
| 交 付 年 月 日                                                       |         |  | 年 月 日                   |  |     |  |  |       |  |

## 注 意 事 項

- 1 医療保健機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、更生医療、育成医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受療される際は、必ず町長に協議してください。
- 3 入院期間が1年以上になったときは、医療費の助成が受けられなくなることがありますので、入院期間が1年に達したときは、町長に届け出て相談してください。
- 4 次の場合には、速やかに町長に届けを出してください。
  - (1) 氏名又は住所を変更したとき。
  - (2) 加入医療保険の内容等に変更があったとき。
  - (3) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき。
  - (4) 受給者証を紛失したとき。
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに町長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください。(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市町村に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市町村長の指示に正当な理由がなく応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

※ この制度は、山口県と共同で実施しています。

様式第3号（第6条関係）

福 祉 医 療 費 交 付 申 請 書

年 月 日

田布施町長 様

申請者 住 所 田布施町

氏 名

受給者証  
記号番号

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

|         |  |
|---------|--|
| 振 込 先   |  |
| 種 別     |  |
| 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 |  |