○小郡市重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年10月1日

規則第23号

改正 昭和50年10月1日規則第12号

昭和57年12月27日規則第13号

昭和60年3月30日規則第4号

昭和63年7月8日規則第12号

平成元年12月27日規則第20号

平成5年4月9日規則第7号

平成8年10月3日規則第19号

平成11年3月29日規則第7号

平成13年6月26日規則第9号

平成16年8月18日規則第27号

平成18年10月26日規則第36号

平成18年12月27日規則第39号

平成20年3月31日規則第8号

平成20年6月26日規則第15号

(題名改称)

平成27年12月28日規則第43号

平成28年9月30日規則第30号

令和2年9月24日規則第31号

(題名改称)

(趣旨)

第1条 この規則は、小郡市重度障がい者医療費の支給に関する条例(昭和49年小郡市条 例第35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。

(平20規則15・令2規則31・一部改正)

(定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(平20規則15・追加)

(受給資格の認定申請の手続)

第3条 条例第5条の規定により、重度障がい者医療費の受給資格の認定を受けようとする

者は、重度障がい者医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを市 長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証(以下「被保険者証等」という。)
- (2) 条例第2条第1項第1号の重度及び同条同項第3号の中等度の知的障がい者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)による身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)による精神障害者保健福祉手帳
- (3) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
- (4) その他市長が必要と認める書類
- 2 前項の規定により添付しなければならない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、当該書類の添付を省略することができる。

(平20規則15・旧第2条・全改、令2規則31・一部改正)

(医療証の交付及び不交付の通知)

- 第4条 条例第6条第1項の規定による重度障がい者医療証(以下「医療証」という。)の 交付は、3歳から中学生に対しては重度障がい者医療証(3歳~中学生用)、15歳に達 する日以後の最初の4月1日から65歳未満の者に対しては重度障がい者医療証((15歳 に達する日以後の最初の4月1日~65歳未満用)又は(15歳に達する日以後の最初の4 月1日~65歳未満:精神障がい者用))により、65歳以上の者に対しては重度障がい者 医療証((65歳以上用)又は(65歳以上:精神障がい者用))により行うものとする。
- 2 市長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、 その理由を附して、申請者に通知するものとする。

(平18規則36・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第3条繰下・一部改正、 平28規則30・令2規則31・一部改正)

(医療証の有効期限等)

- 第5条 医療証の有効期限は、条例第5条の規定により認定を受けた場合は、認定後最初に 到来する9月30日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に 定める日までとする。
 - (1) 有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障がい者の受 給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日
 - (2) 中学校を卒業する場合 15歳に達する日以後の最初の3月末日

- (3) 65歳未満の者が有効期限までに65歳に達する場合 65歳に達する日の属する月の 末日
- 2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を速やかに市長に返還しなければならない。

(平18規則36・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第4条繰下・一部改正、 平28規則30・令2規則31・一部改正)

(医療証の更新申請等)

- 第6条 受給資格者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、重度障がい者医療費受給 資格更新申請書により医療証の更新を申請することができる。
- 2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。

(平20規則15・追加、平28規則30・令2規則31・一部改正)

(医療証の再交付)

- 第7条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、重度障がい者医療証再交付申請書を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。
- 2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければ ならない。
- 3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに 市長に返還しなければならない。

(平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第5条繰下、令2規則31・一部改正) (保険医療機関等)

第8条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他市長の定める病院、診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」という。)とする。

(平8規則19・全改、平13規則9・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第6 条繰下・一部改正)

(重度障害者医療費の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障がい者医療費の支払を 市長に請求しようとするときは、請求書を市長に提出しなければならない。ただし、受給 資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、子障親医療費請求書を提出するものと する。 (平18規則36・一部改正、平20規則15・旧第7条繰下・一部改正、平28規則30・ 令2規則31・一部改正)

(重度障害者医療費の支給申請)

- 第10条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障がい者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障がい者医療費支給申請書を市長に提出しなければならない。
- 2 市長は、重度障がい者が、小郡市国民健康保険の被保険者であって、当該重度障がい者 に係る重度障がい者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提 出を省略させることができる。

(平20規則15・旧第8条繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

(重度障害者医療費に関する決定の通知)

第11条 市長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障がい者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を附記するものとする。

(平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第9条繰下、令2規則31・一部改正) (届出)

- 第12条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。
 - (1) 重度障がい者の住所及び氏名
 - (2) 重度障がい者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者(以下「被保険者等」という。)の住所及び氏名(重度障がい者が被保険者等でない場合のみ)
 - (3) 受給資格者の住所及び氏名(受給資格者が重度障がい者又は被保険者等でない場合のみ)
 - (4) 重度障がい者の死亡
 - (5) 重度障がい者の被保険者等
 - (6) 重度障がい者の被保険者等に係る保険者
 - (7) 障がいの程度が軽減した事実
 - (8) その他市長が必要と認める事項
- 2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、次項に該当する 場合を除き、重度障がい者医療変更届に医療証を添え、これを市長に提出しなければなら ない。ただし、公簿等により確認することができるときは、届出を省略することができる。

- 3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、重度障がい者医療費 受給資格喪失届に医療証を添えこれを市長に提出しなければならない。ただし、公簿等に より確認することができるときは、届出を省略することができる。
- 4 受給資格者は、重度障がい者医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を、直ちに市長に届出なければならない。

(平8規則19・平11規則7・平18規則39・一部改正、平20規則15・旧第10条繰下・ 一部改正、平28規則30・令2規則31・一部改正)

(様式)

第13条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 重度障がい者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書 様式第1号
- (2) 重度障がい者医療証(3歳~中学生用) 様式第2号
- (3) 重度障がい者医療証(15歳に達する日以後の最初の4月1日~65歳未満用) 様式 第3号
- (4) 重度障がい者医療証(15歳に達する日以後の最初の4月1日~65歳未満:精神障が い者用) 様式第4号
- (5) 重度障がい者医療証(65歳以上用) 様式第5号
- (6) 重度障がい者医療証(65歳以上:精神障がい者用) 様式第6号
- (7) 重度障がい者医療証再交付申請書 様式第7号
- (8) 子障親医療費請求書(医科、歯科用) 様式第8号
- (9) 子障親医療費請求書(調剤用) 様式第9号
- (10) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第10号
- (11) 重度障がい者医療費支給申請書 様式第11号
- (12) 重度障がい者医療変更届 様式第12号
- (13) 重度障がい者医療費受給資格喪失届 様式第13号
- (14) 第三者の行為による被害届 様式第14号

(平20規則15・旧第11条・全改、平27規則43・平28規則30・令 2 規則31・一部改 正)

附則

この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附 則(昭和50年10月1日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行し、同日以降の療養に係る重度心身障害者医療費から適用する。

附 則(昭和57年12月27日規則第13号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則(昭和60年3月30日規則第4号)

改正 平成元年12月27日規則第20号

この規則は、昭和60年4月1日から施行し、昭和59年10月1日から適用する。

附 則(昭和63年7月8日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成元年12月27日規則第20号)

この規則は、平成2年1月1日から施行する。

附 則(平成5年4月9日規則第7号)

この規則は、公布の日から施行し、平成4年4月1日から適用する。

附 則(平成8年10月3日規則第19号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の小郡市重度心身障害者医療費の支給に関する 条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則(平成11年3月29日規則第7号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。ただし、様式第6号及び第7号の改正規 定は平成9年9月1日から適用する。

附 則(平成13年6月26日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成16年8月18日規則第27号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成18年10月26日規則第36号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。
- 2 規則第11条に定める様式第6号から第8号までの様式については、当分の間、改正前 の様式を取繕って使用することができる。

附 則(平成18年12月27日規則第39号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成20年3月31日規則第8号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成20年6月26日規則第15号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年10月1日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、 次項の規定は公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定に関わらず、施行日前においても、改正後の小郡市重度障害者医療 費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する障 害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則(平成27年12月28日規則第43号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年9月30日規則第30号)

この規則は、平成28年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附 則(令和2年9月24日規則第31号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、令和3年4月1日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、次項の規定は公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の小郡市重度障がい者 医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、小郡市重度障害者医療費の支給に関す る条例の一部を改正する条例(令和2年小郡市条例第23号)による受給資格の認定及び 受給資格者に対する重度障がい者医療証の交付の手続きをすることができる。

(小郡市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則の一部改正)

3 小郡市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則(平成27年小郡市規則第44号)を次のように改正する。

[次のよう] 略

压力	療証番号	1 1	度障がい者			次		定年月			,	年	月		日
		相, 面部	転入・そ	<u></u>			1	产 中 /		n à E	中学生・			. 65t	
Τ' μ	ふりがな	M. XM	#4/ C)	 	一	3周又7	,-0-	F 于工。	OOMS	€/\\{ 4	00%	风丛上
	氏 名					住									
	生年月日		年		 П. #	所									
①受給者		個 人 番		月	日生	-				Т		Т	<u> </u>		
給者	ふりがな			(男・女	住	 								
	保 護 者 氏 名					所	L,								
		個人番	号												
	身体障がい		等級別)				0)		の		級	-			
	の状況		帳の番号			F	月	日発:	行第		号	(再判	定	年	月)
② 障	知的障がい	程 度	重度					機関			I	. 1			
が	の状況	判定日	hele day Dull	年	月	日	(再判	定	年	月)	摘	要			
いのの	精神障がいの状況		等級別)帳の番号		左	п		7% /C-/55			口. / #RIZI	1	左	п	п
状 態	国民年				年 //	月	Н	発行第			号(期限		年	月	月)
	受 給	者 書	第	号						有期		年	月		日まで
	特別児童扶手 当 受 給	養者号	第	号	名					認定		年	月		日まで
3	被 保 険 者 氏 名							受給表	柄						
医療保	保険種別	Ę	女・組・日・	船・共・	国・後	期		被保険の記号							
保険	保険者名							保険者 番 号	출 글						
④ そ	同居者氏	A .		(続柄)			(;	続柄)				(続村	丙)
の他	円 石 石 八	11		(続柄)			(;	続柄)				(続村	丙)
	上記のとおり、重	重度障がい	* 者医療費受	於給資格	[認定・	更新	〕をF	申請しま	ます。						
	□当該申請に関		『市が住民基	本台帳及	び市町	村民	税に住	系る情報	8の提	共を	受ける	ために	こ個人	番号	を利用
Г	することを承記 □ 高額療養費に		ス担会は 2	との語录		バ垢	麸た,	ト那市~	、禾仁	#~	it.				
			J 700 11 12 (- ^> 0 111 71	又與汉	COM	H C/	thelly.	安压	2 &	7 0				
	小郡市長 殿		年	E 月	l	日									
	申請者	住	所												
		氏	名						印						
		電話	舌番号												
所	得 状	況		本 人				配偶			T		養義		

円

人

円

控除後の所得額

控除対象親族等

額

限

円

人

円

円

人

円

(表 面)

(裏 面)

		(障			障がい 中学生月	者医療証 目)		
有 効 期 間						年	月	日から	
有	匆 期	[#]				年	月	日まで	
負:	担者番	号	8	0	4	0			
受;	給者番	号							
受	住	所							
給	氏	名							男・女
者	生年月	日				年	月	В	
一負	部 自担	己金	入院:	外 1 院・入院	月当た :外とも	※低所 1日当7 り	得者の場 こり 円を限 顔を医療	日限度) 場合(裏面 円(月 度 機関(薬局	日限度)
発	行機関	名印	福	岡県					

- 1 この証は、市町村の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。2 受給者が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(欠は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。3 受給者が市町村の医域小に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。4 受給者、その保護者の氏名又は居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、違やかに市町村長にその旨を届け出てください。6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

- に提示することによりハのペリロニハーいか。ます。 ます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での 差額の払い戻し申請を行ってください。 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっ ていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第3号(第13条第3号関係)

(表 面)

	福岡県重度障がい者医療証 (15歳に達する日以後の最初の4月 1日~65歳未満用)								
有	効 期	間				年年	月月	日から日まっ	_
負:	担者番	号	8	0	4	0			
受;	給者番	号							
受	住	所							
給	氏	名							男・女
者	生年月	日				年	月	H	
一負	部 自担	己金		ト 1 完・入	月当た 院外と	1日当7	得者の場 こり 円を限 金額を医	度	
発達及	行機関	名 印	福岡						
交	付年月	Ħ				年	月	H	

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

- 1 この証は、市町村の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
 2 受給者が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、この証を必ず窓口に提出して下さい。
 3 受給者が町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が絡過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。
 4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。
 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、定の証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

- 養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。

 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分1」又は「区分1」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。
 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。
 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。
 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)

 多期高齢者医療制度に加入された場合は、市町村長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。

	福岡県重度障がい者医療証 (15歳に達する日以後の最初の4月1 日~65歳未満:精神障がい者用)								
有	効 期	間				年年	月月	日かり日まっ	-
負:	担者番	手号	8	0	4	0			
受	給者番	译 号							
受	住	所							
給	氏	名							男・女
者	生年月	月日				年	月	日	
一負	部 自担	己金	入院名	申病床~	への入版 月当た 完外と	(※低所 1日当 完に係る り も上記	所得者の たり 5費用に 円を 金額を	円(月 は対象外 限度	度) 裏面注7) 日限度) (裏面注8) 関(薬局を除
発: 及	行機関び	目名 印	福岡	岡県					
交	付年月	H				年		月	В

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

- LEASTY

 1 この証は、市町村の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
 2 受給者が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(欠は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
 3 受給者が用す材の区域外に転出したとき、又は有効期間が絡過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。
 4 受給者をその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。
 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。
 5 ときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療機準負担額及び生活療養標準負担額の報費は、公費負担されません。

- 養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
 7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「才」、「低所得」、「区分1」又は「区分1」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。
 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。
 8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。
 ※入院以外の医療費に対象となりません。
 9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。
 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)
 10 後期高齢者医療制度に加入された場合は、市町村長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。

様式第5号(第13条第5号関係)

(表 面)

		F)	福岡	県重度 (65歳	章がいる 以上用		Œ	
有	効 期	間				年年	月月	日から 日まで	
負担	担者番	号	8	0	4	0			
受礼	給者番	号							
受	住	所							
給	氏	名							男・女
者	生年月	日				年	月	日	
一負	部 自担	己金		トニコ完・入	日当た 1月当た 院外と C負担し	(※低所 1日当 り も上記	所得者の たり 円を 金額を		面注7)
発 i 及	行機関	名 印	福岡	可県					
交1	付年月	H				年		月	日

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

- 1 この証は、市町村の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
 2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
 3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。
 4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。

- 正で終えて、歴でかに川町付戻にての旨を用け出てくたとい。 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があった ときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。 6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療 養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されませ ん。
- 7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額 認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口に提示することにより入 院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行っ てください。
- 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)

		(G)	10-11			者医療記 ぶい者月		
有	効 期	間				年年	月月		
負	担者番	译 号	8	0	4	0			
受	給者番	\$ 号							
受	住	所							
給	氏	名							男・女
者	生年月	月日				年	月	H	·
入院 1日当たり 円(月 日限度) (※低所得者の場合(裏面注7)								(裏面注8)	
発行及	行機関び	目名 印	福	岡県					
交1	付年月	H				年	月	E	

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

- 注意事項

 1 この証は、市町村の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
 2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
 3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。
 4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添って、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。
 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、まやかに市町村長にその旨を届け出てください。
 6 ごの証では、交通費、容器代、入院金料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
 7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。※提示忘れの場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。
 8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。※入院以外の医療費については、対象となります。
 9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。(後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第7号(第13条第7号関係)

		重度障が	い者医療	寮証再多	交付申請書	t i			
							年	月	E
小郡市長	殿								
7 44517 12	VX								
					申請者	住所			
						氏名			
下記のとおりて	ですから、	、重度障がい	ハ者医療	寮証を再	戸交付して	くださん	るようり	申請し	ます
重度障がい者間	医療						-		
	.,				1				
証の受給者番	香号		1						
証の受給者 歪 給 者	香号								
証の受給者 受 給 者 氏	香号 の 名	なくした							
重度障がい者階証の受給者看受給者者 受給者者 受給者 氏 申請の理	示号 の 名 — 由 1	なくした							
証の受給者 受 給 者 氏	示号 の 名 由 1 2								

様式第8号(第13条第8号関係)

1	3	8
医科	歯科	医保

								<u> </u>	124 1 1	
			年	三 月分	子障	親医療費請求	書(医科、	歯科用)		
		1 0				殿		医療機!		
	下記の	つとおり請	青求する	5 。		保険医療	幾関等の			
						所在地及	び名称			
		年	月	日		開設者	氏 名			
		給付合別	件数	診 療実日数	総点数	子・障・親 医療費給付 外 点 数	_	部 負 担	. 金	備考
	e dal	請求								
5)	7割	※決定								
子	० क्य	請求								
ビ	8割	※決定								
ŧ,	dal	請求								
	割	※決定								
				ı	1					
6	7割	請求								
章		※決定								
ðš	8割	請求								
		※決定								
者	9 割	請求								
Ħ		※決定								
		請求								
9	7割	※決定								
7		請求								
닏	8割	※決定								
り観		請求								
妃	9 割	※決定								

(注) ※印の欄は記入しないでください。 この様式で国保該当者分の請求はできません。 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。 様式第9号(第13条第9号関係)

4	8
調剤	医保

				年 月分	• -	子障親医	医療費請	青求書(調剤	利用)				
		1 0				殿			薬コ		局ド		
	下記の	とおり請	青求する	さする。			倹医療	幾関等の			•		
						所ィ	生地及	び名称					
		年	月	日				氏名					
		会給付合別	件数	処方せん の 枚 数	総	金	額	_	部	負	担	金	備考
	n dal	請求											
(5)	7割	※決定											
子	o dal	請求											
ど	8割	※決定											
ŧ,	선제	請求											
	割	※決定											
6	7割	請求											
障		※決定											
が	8割	請求											
21	,	※決定											
1	9割	請求											
者	,	※決定											
		生土											
9	7割	請求											+
O.		※決定 請求											+
ال ك	8 割	※決定											+
り													+
親	9 割	請求											+
		※決定											

(注) ※印の欄は記入しないでください。 この様式で国保該当者分の請求はできません。 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。 様式第10号(第13条第10号関係)

9	8
訪	医保

			年	月分子降	章親訪問	看護療養費請求書		
	4	0		J.		問看護 テーションコード		
下	記のと	おり請求	する。	1	保険医療	機関等の		
				j	所在地力	及び名称		
		年 月	日		開 設 🧦	者 氏 名		\bigcirc
		注給 付合 別	件 数	実日数	総金額	子・障・親訪問 看 護 療 養 費 給 付 外 金 額	※ 金 額	備考
	n stal	請求						
5	7割	※決定						
子	8割	請求						
ど	〇部	※決定						
ŧ	割	請求						
	113	※決定						
<u>(6)</u>		請求						
	7割	※決定						
障		請求						
が	8割	※決定						
()	o stal	請求						
者	9割	※決定						
		⇒ + (>						
(9)	7割	請求						
U)		※決定						
と	8割	請求 ※決定						
り		清求						
親	9割	※決定						
		AINE						

(注) ※印の欄は記入しないでください。 この様式で国保該当者分の請求はできません。 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第11号(第13条第11号関係)

					辰込先 銀行名				銀行	ř		支尼
				Ž	口座番	な	普进	Á	No			
				3	口座名	_						
			重度	ではない者	÷ 19	毛春	費支給	申請	書			
				SI-74 . F	. ,-	-//1	2274	1 1113				
小耙苷	5長 殿	4								年	月	日
\1.40bil	1 J.C. 1/5X						電話看	番号	:			
					申請	渚	住	所	:			
							氏	名	:			(E)
次のと ます。	おり、	(一部套	担金	・療養費	骨)を支	払い	ました	このて	で、医療	費の支	に給を	き申請し
	r					加力	但除老	·言元 公	:			
医療証の番号					被保険者証等の記号・番号							
						-	-					
受給者	ī											
rr. A			<i>F</i> :	п	ы 4.		保険					
氏 名			年	月	日生							
氏 名 療養期間	1			月 月		の	氏			月		日
,	引,所	在地 称				の	氏			月		目
療養期間	所 名					の 日~	氏			Я		
療養期間 医療機関 医療機関	所名	称	年		円	日~	氏	名		月		
療養期間 医療機関 医療機関	所名	称 医療保険	年	月	円	日~申訓	氏	名		Я		
療養期間 医療機関 医療 費 総	所 名 投 1	称 医療保険	年	月による療	円	日~申訓	氏	名		Я		
療養期間 医療機関 医療機関 医線 名 申請理由	(1)	称 医療保険 県外の医 その他(年	月による療	養費が診した	即で申請する	氏	名	年			Р
療養期間 医療機関 医療機関 医線 名 申請理由	所 名 投 1	称 医療保険 県外の医 その他(年 各法療機	月 による療 関等で受 結予等	円 養費が診した	即では、「一」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「一」のでは、「」のでは、「一」のでは、「一」のでは、「一」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは	氏	名 た。 控	年	額)
療養期間 医療機関 医療機関 医療 療 名 申請理申 費用額	(1)	称 医療保険 県外の医 その他(年 各法療機	月による療	円 養費が診した	即では、「一」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「一」のでは、「」のでは、「一」のでは、「一」のでは、「一」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは、「」のでは	氏	名 - た。	年	額その化	也の	Р

様式第12号(第13条第12号関係)

小郡市長	릾					年 月	日
7.4441111	於又			電話番号	÷:		
			届出人	住 彦	i :		
				氏 名	:		
次のとお	り変更がありま	したので	、お届けし	します。			
対象者氏名				生年月日		•	•
変更年月日		年	月 日	受給者番	号		
変更事項	1 対象者の住 3 被保険者証 5 その他()	
		変	更	後	変	更	前
	対象者の氏名						
	対象者の住所						
	記号番号						
変更の出席	被保険者氏名						
変更の内容	保険者名						
	保険者コード						
	事業所名						
	事業所名						
	障がいの等級		回収	入力		台帳	月報

様式第13号(第13条第13号関係)

							年 月	日
小郡市長	殿						т л	н
					電話番	号:		
				届出人	住 月	听:		
					氏	名:		
次のとおり	受給資	資格	を喪失したの	で、医療証	を添えて	届けます	0	
		1	小郡市から転	出したたる	か			
受給資格	車 生		(転出先:)	
又和貝竹:	区人	2	死亡したため	,				
		3	生活保護を受	けるため				
		4	児童が18歳に	到達しただ	きめ			
D 7111		5	他の公費負担	による医療	寮を受け7	たため(後	期高齢者医	医療等)
の理	由	6	その他					
			()	
喪失年月	月				4	F	月	目
受給者都	章 号							
対 象 者 口	· 名				生年月	目		
	.院外			年	月	日ま、	で	
				年	月	日ま、	で	
有効期限 —	. 院							
有効期限 —	. 院			回収	入 力		台 帳	月報
有効期限 —	. 院			回収	入力		台帳	月報

様式第14号(第13条第14号関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

小郡市長 殿

届出人 住所

氏名

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号				受給資格者名(被害者名)					
加害者	住所				氏名		職業電話			
加害者の使用者				氏名			職業	電話		
負傷の日時及	び場所	年	月日	午前	・午後	時 分頃	頁 場	新		
発病の 又は負傷時の										
疾病又は負傷	疾病又は負傷の程度						込	入院 通院 診療費総額		円円円
診療を受け	当初	住所			氏名電			話		
た医師名	転医後	住所				氏名電話				
自動車事故	自 動	車 番	号		自動車所有者 住 所・氏 名			電話		
の場合	自動車損害賠償責任保険契約社					所 在				
損害賠償に 関する交渉 の 経 過										

様式第1号(第13条第1号関係)

(平27規則43・全改、平28規則30・令2規則31・一部改正)

様式第2号(第13条第2号関係)

(平28規則30・追加、令2規則31・一部改正)

様式第3号(第13条第3号関係)

(平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第2号繰下・一部改正、令2規則31・ 一部改正)

様式第4号(第13条第4号関係)

(平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第3号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第5号(第13条第5号関係)

(平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第4号繰下・一部改正、令2規則31・ 一部改正)

様式第6号(第13条第6号関係)

(平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第5号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第7号(第13条第7号関係)

(平8規則19・全改、平11規則7・一部改正、平20規則15・旧様式第5号繰下・

一部改正、平28規則30・旧様式第6号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第8号(第13条第8号関係)

(平11規則7・全改、平16規則27・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第6号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第7号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第9号(第13条第9号関係)

(平11規則7・全改、平16規則27・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第7号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第8号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第10号(第13条第10号関係)

(平8規則19・全改、平11規則7・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第8号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第9号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第11号(第13条第11号関係)

(平18規則39・全改、平20規則15・旧様式第9号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第10号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第12号(第13条第12号関係)

(平18規則39・全改、平20規則15・旧様式第10号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第11号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第13号(第13条第13号関係)

(平18規則39・追加、平20規則15・旧様式第11号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第12号繰下・一部改正、令2規則31・一部改正)

様式第14号(第13条第14号関係)

(平8規則19・追加、平11規則7・一部改正、平18規則39・旧様式第11号繰下、平20規則15・旧様式第12号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第13号繰下・一部改正)