

○薩摩川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年10月12日

規則第125号

(趣旨)

第1条 この規則は、薩摩川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例（平成16年薩摩川内市条例第151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。

(受給資格の申請及び認定)

第2条 条例第4条第1項の申請は、重度心身障害者医療費受給資格認定申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、条例第4条第1項の規定により申請があった場合は、申請内容を審査し、申請者が条例第2条第1項各号のいずれかに該当すると認めたときは、重度心身障害者医療費受給資格者証（様式第2号。以下「受給資格者証」という。）を交付するものとする。

3 受給資格者証を紛失し、又は破損したときは、速やかに重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書（様式第3号）により市長に申請しなければならない。

(医療費の申請及び医療費の証明)

第3条 条例第4条第3項の申請は、重度心身障害者医療費助成申請書（様式第4号又は様式第5号）に保険医療機関等の証明を付してしなければならない。この場合において、条例第3条第2項第2号及び第4号に該当するときは、当該各号に掲げる額を証明する書類を添えるものとする。

(証明に要する費用)

第4条 前条に規定する保険医療機関等の証明に関する費用については、条例第3条の規定により算出した額に、それぞれ加算して当該対象者又はその保護者に支払うものとする。

(遺族等の範囲及び順位)

第5条 条例第4条第5項の遺族等の範囲は、次に掲げる者とする。

(1) 配偶者（婚姻の届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者又は対象者が死亡の場合にあっては、その者の死亡当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）

(2) 子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹で対象者と生計を共にしている者又は対象者が死亡の場合にあっては、その者の死亡当時その者と生計を共にしていた者

(3) 前2号に掲げる者以外の者で対象者と生計を共にしている者又は対象者が死亡の場合にあっては、その者の死亡当時その者と生計を共にしていた者

(4) 子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹で第2号に該当しない者又は市長が適当と認める者

2 対象者が死亡の場合において前項に掲げる者の医療費の助成を受ける順位は、同項各号のうち保護者を第1順位とし、保護者が死亡の場合にあっては同項各号の順序とし、同項第2号及び第4号に掲げる者のうちにある場合はそれぞれ当該各号に掲げる順序とし、父母にあっては養父母を先にし、実父母を後とする。この場合、医療費の助成を受けるべき同順位の者が2人以上ある場合においては、その人数によって等分する。

(助成額の決定通知)

第6条 市長は、条例第5条の規定により助成額を決定したときは、重度心身障害者医療費助成金支給決定通知書(様式第6号)により申請者に通知するものとする。

(届出)

第7条 条例第4条第2項の規定による届出は、重度心身障害者医療費受給資格内容変更届(様式第7号)に受給資格者証を添えてしなければならない。

(電子計算システムへの記録及び保存)

第8条 市長は、受給資格者の受給資格その他必要な事項を電子計算システム(薩摩川内市電子計算システムの管理運営に関する規則(平成16年薩摩川内市規則第28号)第2条第1号に定めるものをいう。)に記録し、保存するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成16年10月12日から施行し、平成16年9月1日以降の診療分から適用する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則(昭和48年川内市規則第31号)、樋脇町重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和50年樋脇町規則第1号)、入来町重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和58年入来町規則第2号)、東郷町重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和49年東郷町規則第13号)、祁答院町重度心身障害者医療費助成条例施行規則(平成9年祁答院町規則第1

6号)、里村重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和49年里村規則第9号)、上甕村重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和49年上甕村規則第8号)、下甕村重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和50年下甕村規則第2号)又は鹿島村重度心身障害者医療費助成条例施行規則(昭和49年鹿島村規則第8号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成17年3月31日規則第47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3月31日規則第8号)

(施行期日)

1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に改正前の薩摩川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則に規定する様式により作成された書類は、改正後の薩摩川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則に規定する様式により作成された書類とみなす。

附 則(平成23年12月28日規則第60号)

(施行期日)

1 この規則は、平成24年1月4日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に通知されたこの規則による改正前の薩摩川内市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則第5条の規定による通知書は、改正後の第5条の規定による通知書とみなす。

附 則(平成27年12月28日規則第77号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(令和3年1月4日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給資格認定申請書									
薩摩川内市長 様									
申請者 住所 氏名 個人番号 ㊟									
次のとおり重度心身障害者医療費の助成について受給資格の認定を受けたいので申請します。なお、申請に係る助成金の支払いについては、振込依頼します。									
受 資 格 給 者	氏 名			男 ・ 女	生年月日	年 月 日			
	個人番号								
	住 所			対 象 者 又 は 保 護 者	(続柄)				
加 入 社 会 保 険 等	被保険者等氏名	(続柄)				宛 名 番 号			
	保 険 者 名 称				保 険 者 番 号				
	継 続 療 養 該 当 (有・無)								
	該 当 保 険 医 療 機 関 等 名								
	特 定 疾 病 該 当	有(開始年月日 年 月 日)・無							
	資 格 取 得 日	年 月 日		付 加 給 付	有・無				
障 害 の 度	身 体 障 害 者	身体障害者手帳内容 (年 月 日交付) 県 第 号 (程度 級)							
	知 的 障 害 者	療育手帳内容 (年 月 日交付) 県 第 号 (程度 級)							
医 の 療 助 費 成	金 融 機 関 名	銀行 支店		口 座 名 義 人					
	口 座 種 別	普 通		口 座 番 号					

様式第2号(第2条関係)

(表)

		薩摩川内市重度心身障害者 医療費受給資格者証	
番 号		第 号	
受給資格者	フリガナ氏名		性別
	生年月日		
	住 所		
保護者又は対象者	氏 名		
	住 所		
社会保険等	記号・番号		
	被保険者等氏名		
	保険者名称		
資格取得日		年 月 日	
年 月 日 薩摩川内市長 			

(裏)

注 意 事 項

様式第3号(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書				
年 月 日				
薩摩川内市長		様		
		申請者 住 所 氏 名 個人番号		印
薩摩川内市重度心身障害者医療費受給資格者証を紛失しましたので再交付を申請しま 破損す。				
受給資格者	氏	名	性 別	生 年 月 日
				年 月 日
			受給資格者証番号	
			第 号	

重度心身障害者医療費助成申請書
 年 月 日

薩摩川内市長
 様

住 所
 申請者
 氏 名

印

次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。

受給資格者証番号	第	号	加 入 保 險 者 社 会 等	記 号 ・ 番 号	
対 象 者	氏 名			被 保 險 者 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日		保 險 者 名 称	
保 護 者 氏 名					

保 険 医 療 機 関 等 の 証 明						
診 療 月	月	受 診 者 氏 名		傷病発生 原因の別	1 第三者行為 による	2その他
診 療 内 訳	保 険 診 療 対 象 総 点 数			自 己 負 担 額 又 は 基 本 利 用 料		
	総 点 数	う ち 他 法 制 度 に よ る 負 担 分				
入 院		点	点			円
入 院 外		点	点		回	円
訪 問 看 護 療 養 費		円	円			円
調 剤		点	点		回	円
証 明 手 数 料 有 (円) ・ 無						
年 月 日 上記のとおり一部負担金を受領しました。				保 険 医 療 機 関 コード		
保 険 医 療 機 関 等 所 在 地 名 称 氏 名						

様式第5号(第3条関係)

重度心身障害者医療費助成申請書(後期高齢者用)			
薩摩川内市長 様			年 月 日
申請者 住 所 氏 名 氏 名			印
次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。			
受給資格者証番号		第 号	
対象者	氏 名		
	生 年 月 日		年 月 日

保 険 医 療 機 関 等 の 証 明				
診 療 月	月	受 診 者 氏 名		傷 病 発 生 原 因 の 別
			1 第三者行為 2その他 による	
診 療 内 訳	保 険 診 療 対 象 総 点 数		自 己 負 担 額 又 は 基 本 利 用 料	
	総 点 数	う ち 他 法 制 度 に よ る 負 担 分		
入 院	点	点	円	
入 院 外	点	点	回 円	
訪 問 看 護 療 養 費	円	円	円	
調 剤	点	点	円	
証明手数料 有 (円) ・ 無				
			保険医療機関コード	
年 月 日 上記のとおり一部負担金を受領しました。 保険医療機関等 所在地 名 称 氏 名 印				

様

医療費助成金
支給決定通知書

受給資格者氏名		性別
受給資格者証番号		

記

診 療 月	
助 成 額	(うち手数料)
支払年月日	
支 払 口 座	

9/11

様式第7号(第7条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容変更届 年 月 日 薩摩川内市長 様 申請者 住 所 氏 名 個人番号 ㊞									
受給資格者証番号		第 号							
次のとおり変更したいのでお届けします。(変更のあった事項を記入してください)									
変更の内容	受給資格者	氏名	旧 氏 名					変更年月日	
			新 氏 名					年 月 日	
		住所	旧 住 所					年 月 日	
			新 住 所						
	新加入医療保険	世帯主、被保険者組合員の氏名		受給資格者との続柄				年 月 日	
		名 称							
		所 在 地							
		付加給付の有無							
	医の療助費成	金 融 機 関 名		銀行支店		口座名義人 (カタカナ記入)			
		口 座 種 別		普通		口座番号			

様式第 1 号（第 2 条関係）

様式第 2 号（第 2 条関係）

様式第 3 号（第 2 条関係）

様式第 4 号（第 3 条関係）

様式第 5 号（第 3 条関係）

様式第 6 号（第 6 条関係）

様式第 7 号（第 7 条関係）