聖籠町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十三年三月三日

聖籠町長　渡邊　廣吉

聖籠町規則第二号

聖籠町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

聖籠町重度身体障害者医療費助成に関する条例施行規則（昭和六十二年聖籠町規則第十号）の一部を次のように改正する。

第三条第一項中「次の各号の区分に応じ当該各号に定めるところによる。」を「別記様式第三号によるものとする。」に改め、同項各号を削る。

第十条第一項中「被保険者証又は組合員証、」を「医療保険証及び」に改め、「及び県単医療費助成金請求内訳書（別記様式第十号。以下「請求内訳書」という。）」を削り、「提出」を「提示」に改め、同項ただし書きを削る。

別記様式第三号（その１）を次のように改め、別記様式第三号とする。

別記様式第三号（第三条関係）

（表）

聖籠町 重度障害者 医療費受給者証

県障	公費負担者番号	
	受給者番号	
	保険者	
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	年　月　日　男・女
有効期間		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
発行機関		新潟県北蒲原郡 聖籠町長
交付年月日		平成　年　月　日

（裏）

注　意　事　項

1　この証は、大切に保管してください。

2　診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口に提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。

3　一部負担金について
・外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに　　円（その日の自己負担額が　　円に満たないときには当該額）を支払ってください。
・入院の場合は、1日につき　　円を支払ってください。
なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。

4　入院時食事療養（生活療養）標準負担額について
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口に提示してください。

5　次の場合は、速やかに市町村に届け出てください。
(1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
(2) 加入している医療保険を変更したとき。
(3) 食事療養（生活療養）標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
(4) 障害の程度が軽減したとき。
(5) 生活保護の決定を受けたとき。
(6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
(7) 第三者行為による治療を受けたとき。
(8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。

6　この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証を添付して市町村に手続きをしてください。

7　この証の有効期間は表面のとおりです。期間満了の1か月前までに市町村で更新の手続きをしてください。

8　不正にこの証を使用したものは、刑法により詐欺罪として処分を受けることがあります。

別記様式第三号（その２）及び別記様式第三号（その３）を削る。

別記様式第七号を次のように改める。

別記様式第七号（第八条関係）

（表）

県障医療費助成申請書

年　月　日

聖籠町長　様

申請者　住所

氏名　㊞

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年　月
振込指定金融機関	銀行・信組　金庫・農協　支店　出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

注　1　署名をもって記名押印に代えることができます。
2　本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3　〃　医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県障助成決定額	円

………… 以下は医療機関等に記入してもらうこと。…………

（　年　月診療分）

		保険診療点数		支払額(一部負担額)	
外来・調剤	月の初回受診日	点			円
	月の2回目受診日	点			円
	月の3回目受診日	点			円
	月の4回目受診日	点			円
	月の5回目以降	点			円
	合計	点			円
入院	入院日	年　月　日 ～ 年　月　日			
	入院日数	入院中の保険診療点数		支払額(一部負担額)	
	日	点			円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当		回
訪問	利用日数	保険適用療養費の額		支払額(一部負担額)	
	日				円
他法負担の有無		障害者自立支援法・母子保健法・児童福祉法・その他（　）			

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年　月　日

医療機関等　所在地
名称
氏名　㊞

※　支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。

※　上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

別記様式第七号の三を次のように改める。

別記様式第七号の三（第八条関係）

（表）

県障医療費助成申請書（入院時生活療養費用）

年　月　日

聖籠町長　様

申請者　住　所
　　　　氏　名　　　　　　　印

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年　月
振込指定金融機関	銀行・信組　支店 金庫・農協　出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

注　1　署名をもって記名押印に代えることができます。
　　2　本紙は受診した月ごとに１枚必要です。
　　3　〃　医療機関ごとに１枚必要です。

市町村確認欄（県障助成額単価×食事回数）

県障助成決定額	円

------ 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 ------

（　年　月診療分）

所得区分等	標準負担額	県障助成額単価	食事回数(回)
適用区分Ｃ・低所得者Ⅱ	210円／食	160円／食	
低所得者Ⅰ②	130円／食	100円／食	
低所得者Ⅰ①	100円／食	100円／食	
入院医療の必要性の高い者	210円・160円・100円／食		

　　　　　　　様（受給者氏名）

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年　月　日

医療機関等　所在地
　　　　　　名　称
　　　　　　氏　名　　　　　　□

※　「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分２又は３等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。

※　所得区分等（例：低所得Ⅱ）及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

（裏）

注　意　事　項

1　助成額の計算方法

(1)　対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

ア　外来の場合は、月の初日から４回目まで受診日ごとに530円（その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額）

イ　入院の場合は入院した１日につき1,200円で計算した額。

ウ　訪問看護の場合は利用した１日につき250円で計算した額。

(2)　入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2　同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例）(1)	外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	１枚
(2)	外来と入院の場合	２枚
(3)	外来と入院、再入院の場合	２枚
(4)	外来と入院と訪問看護の場合	３枚

3　不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

別記様式第八号を次のように改める。

別記様式第八号（第八条関係）

（表）

制度種別	県老	県障	県親	県子	

県単医療費助成申請書（柔道整復施術用）

年　月　日

聖籠町長　様

申請者　住所

氏名　印

下記のとおり金　　円（診療月　年　月分）の医療費の助成を申請します。

上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。

代理人住所

代理人氏名　印

受給者証番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	

自己負担割合	3割	2割	1割	

振込指定金融機関名	銀行名		口座番号	
	支店名		フリガナ 口座名義人	

※	他法負担額		一部負担金額		決定額	

注1　※印欄は記入しないこと。

注2　助成申請額の算出方法等裏面参照。

※記名押印に代えて自署することができます。

（柔道整復師が記入してください）

領収書（診療月　年　月分）

	療養に要した費用A	自己負担額B	県単一部負担金相当額C	県単医療費助成額B-C
1日目	円	円	円	円
2日目	円	円	円	円
3日目	円	円	円	円
4日目	円	円	円	円
5日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等の有無	障害者自立支援法・母子保健法・児童福祉法・その他（　　）		公費分費用	
			患者負担額(公費分)	

上記のとおり県単一部負担金を領収しました。

年　月　日

所在地

柔道整復師　名称

様　　氏名　印

注1　B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額（円単位四捨五入）を記入すること。

（裏）

注意事項

1　助成申請額の計算方法

(1)　入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。

(2)　申請額は入院時生活療養費標準負担額のうち、入院時食事療養標準負担額と同額（食材料費相当分）の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額（食材料費相当額）

低所得者Ⅱ	160円／食
低所得者Ⅰ②	100円／食
低所得者Ⅰ①	100円／食

ただし、入院医療の必要性の高い者については

低所得者Ⅱ	210円／食
低所得者Ⅱ（90日を超える場合）	160円／食
低所得者Ⅰ	100円／食

2　不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

（裏）

1　助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

○ 療養に要した費用の１割

<県障・県親・県子の場合>

○ １日につき　　　円（同一施術所については月４日までとし、かつその際の自己負担額が　　　円に満たないときは当該額）

2　不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

別記様式第十号を次のように改める。

別記様式第十号　削除

附　則

（施行期日）

１　この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。

（経過措置）

２　この規則の施行の際現に交付された改正前の様式は、当分の間、これを使用できるものとする。