

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31年2月22日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町規則第4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

第1条 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（昭和62年聖籠町規則第10号）の一部を次のように改正する。

第5条第3項中「前2項」を「前3項」に改め、同項を同条第4項とし、同条第2項の次に次の1項を加える。

- 3 申請者が施行令第5条第2項第3号に定める寡婦・寡夫控除等のみなし適用を受ける場合は、第1項に掲げる書類に重度心身障害者医療費助成事業における寡婦（夫）控除のみなし適用申請書（別記様式第2号の2）を添えて提出するものとする。

別記様式第2号中

「

助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦（寡夫）・寡婦特例・勤労学生の別（扶養義務者については障害者・特別障害者も含む。）	寡・寡特・勤	障・特障 寡・寡特・勤
--	--------	----------------

」を

「

助成対象者又は扶養義務者本人について、寡婦（寡夫）・寡婦特例・みなし適用対象者・勤労学生の別（扶養義務者については障害者・特別障害者も含む。）	寡・寡特 みなし・勤	障・特障 寡・寡特 みなし・勤
---	---------------	-----------------------

」

に改める。

別記様式第2号の次に次の1様式を加える。

別記様式第14号(第5条関係)

平成 年 月 日

重度心身障害者医療費助成事業における寡婦(夫)控除のみなし適用申請書

聖籠町長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、重度心身障害者医療費助成事業の支給に係る所得の額の計算において、寡婦(夫)控除のみなし適用を受けたいので、事実を確認できる書類を添えて下記のとおり申請します。

私は、重度心身障害者医療費助成事業の支給に係る所得の額の計算の対象となる年(前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年))の12月31日現在及び申請日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます。(該当番号を○で囲んで下さい。)

- 1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないものうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
- 2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
- 3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないものうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない場合に限ります。

私は、寡婦(夫)控除のみなし適用に関して、聖籠町が申請者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※事実を確認できる書類は、次のような書類です。なお、認定申請書の添付書類等で確認できる場合は、別途提出していただく必要はありません。

- ・寡婦(夫)控除のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・寡婦(夫)控除のみなし適用の対象となる者本人の属する世帯の全員の住民票の写し
- ・寡婦(夫)控除のみなし適用の対象となる者本人の所得証明書(合計所得金額が分かるもの)
- ・上記の「子」の所得証明書(総所得金額等が分かるもの)

※注意事項(必ずお読みください。)

- ・字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。記入押印に代えて署名することができます。
- ・本申請書は、重度心身障害者医療費助成事業の支給に係る所得の額の計算にあたって、寡婦(夫)控除のみなし適用するためのものであり、重度心身障害者医療費助成事業の認定請求については、別途手続きが必要です。
- ・現在、寡婦(夫)控除のみなし適用を受けている方は、毎年の所得状況届の提出時に本申請書を提出して下さい。
- ・虚偽の内容を記載した場合には、助成額の全部又は一部の返還のほか、一定の金額の納付を命ぜられ、また、処罰される場合があります。

第2条 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次のように改正する。

別記様式第3号を次のように改める。

別記様式第3号(第6条関係)

(表)

聖籠町 重度障害者 医療費受給者証									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 0 auto;">                     県障                 </div>	公費負担者番号①								
	公費負担者番号②								/
	受給者番号								/
	保 険 者								
受 給 者	住 所								
	氏 名								
	生 年 月 日								男・女
有 効 期 間									
発 行 機 関		新潟県北蒲原郡 聖籠町長							
交 付 年 月 日									
備 考									

(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。ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ一部負担金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。
  - ・訪問看護の場合は、1日につき250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、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに町の担当窓口へ届け出てください。
  - (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町の担当窓口で手続きしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりです。
- 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8号を次のように改める。

別記様式第8号(第12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

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	
受診医療機関名		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
訪問	食事療養を受けた回数	回うち長期該当	回
	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	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・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

所在地

医療機関等 名称

印

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。

(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)

ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ。

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9号を次のように改める。

別記様式第9号(第12条関係)

(表)

(受給者が記入してください。)

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					住所 申請者 氏 名 <span style="float: right;">印</span>
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	県単一部負担金領収済額 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	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に 支援するための法律・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				
様			所在地 柔道整復師 名称 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)

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)  
ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ。

2. 不明な点は、町の担当窓口におたずねください。



## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則中第 1 条の規定は公布の日から、第 2 条の規定は平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に使用しているこの規則による改正前の別記様式第 2 号、別記様式第 3 号、別記様式第 8 号及び別記様式第 9 号の用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。