

聖籠町ひとり親家庭等の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3月26日

聖籠町長 西 脇 道 夫

聖籠町規則第12号

聖籠町ひとり親家庭等の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

聖籠町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則平成3年聖籠町規則第1号)の一部を次のように改正する。

第8条中「別記様式第6号の3」を「別記様式第6号の2」に改め、同条ただし書を次のように改める。

ただし、町長と協定等を締結している柔道整復師、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師（以下「施術者等」という。）の施術を受け、当該施術者等にひとり親家庭医療費の助成金の受領を委任する場合は、医療費助成申請書に代えて、県単医療費助成申請書（別記様式第6号の3又は別記様式第6号の4）を提出するものとする。

別記様式第6号の2を次のように改める。

別記様式第6号の2(第8条関係)

(表)

県親医療費助成申請書(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。

町確認欄(県親助成額単価×食事回数)

県親助成決定額 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	食事回数(回)	金額
適用区分オ・低所得者Ⅱ	210円/食		
低所得者Ⅰ	130円/食		
低所得者Ⅰ(老齢福祉年金受給者)・境界層該当者	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

所在地
医療機関等 名称
氏名

印

※ 「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Ⅰ	100円/食
低所得者Ⅰ(老齢福祉年金受給者)	100円/食
境界層該当者	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
境界層該当者	100円/食

- 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6号の2を別記様式第6号の3とする。

別記様式第6号の3を次のように改める。

別記様式第6号の3(第8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)					
聖籠町長 様				年 月 日	
				住 所 申請者 氏 名	
				代理人住所 代理人氏名	
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。					
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				
所在地 柔道整復師 名 称 氏 名				

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2割（経過措置対象者は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、月の初日のみ。

2 不明な点は、町の担当窓口へおたずねください。

別記様式第6号の3を別記様式第6号の2とする。

別記様式第6号の3の次に次の様式を加える。

別記様式第6号の4(第8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(□はり □きゅう □あん摩マッサージ指圧) 年 月 日 聖籠町長 様 住 所 申請者 氏 名 印 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。

(施術者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	県単一部負担金額収済額 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 施術所 所在地 名 称 施術者 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2割（経過措置対象者は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、月の初日のみ。

- 2 不明な点は、町の担当窓口へおたずねください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、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されているこの規則による改正前の別記様式第6号の2及び別記様式第6号の3は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。