

聖籠町老人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。

平成二十三年三月十一日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第五号

聖籠町老人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

聖籠町老人医療費助成に関する条例施行規則（平成二十二年聖籠町規則第十六号）の一部を次のように改正する。第三条第一項中「加入する保険種別に応じてそれぞれ次のとおりとする。」を「別記第二号様式によるものとする。」に改め、同項各号を削る。

第十条中「並びに単独医療費助成金請求内訳書（別記第二十号様式。ただし、条例第二条第一号による受給者は不要）を削り、「提出」を「提示」に改める。

別記第二号様式（その一）を次のように改め、別記第二号様式とする。

別記第二号様式（第三条関係）

(表)

老人医療費受給者証										
受給者	公費負担者番号		6	0	1	5				
	受給者番号									
	保険者									
受給者	居住地									
	氏名							男・女		
	生年月日		年	月	日					
一部負担金の割合		割								
有効期間		年	月	日から	年	月	日まで			
発行機関名及び印		新潟県 北越郡 聖籠町長								
交付年月日		年	月	日						
<small>※一部負担金について 高齢者の医療の確保に関する法律に定める一部負担金に相当する額を医療機関窓口で支払ってください。 なお、一部負担金は、有効期限内においても変更となる場合があります。</small>										

E 1 用紙は、原則として日本工業規格JIS 7番1種90%白色とする。
2 印刷は3色によるものとする。

(表)

国民健康保険費助成申請書

医療可能 和歌山県 住 所 年 月 日
申請者 氏 名 印

下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号	保 険 者 名	
受給者氏名	記 号・番 号	
受給者氏名	被保険者氏名	
届出指定機関 差行名	口座番号	氏名
※ 給付負担額	一部負担額	決定額

注1. 申請書は記入しないこと。
 2. 高次申請書の記入方法等詳細参照。
 3. 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、
 ①記号欄に代えて自署することができます。

高額医療費相当額申請用 (診療月 年 月)		
一ヶ月の自己負担金の支払額		
外来	入院	合計

※1. 高額医療費相当額の助成を受ける場合に記入すること。
 ※2. 一部負担金の支払額を証明できる領収書等を添付すること。

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと.....

(診療月 年 月分)

療養の種類	総点数	施設自己負担額	備考
入院・外来・調剤 訪問看護・療養費	点	円	
施設負担の 有 無	障害者自立支援法・特定疾患治療研究事業 母子医療法・児童福祉法・その他()	公費分担額	公費分の自己負担額 点 円

上記のとおり領収しました。
 年 月 日

所 在 地
医療機関等 名 称
和歌山県 代表者氏名 印

※上記の内容が確認できる領収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。

別記第二号様式（その二）を削る。
 別記第五号様式を次のように改める。
 別記第五号様式（第七条関係）

(裏)

注 意 事 項

- この証は、医療機関等に受診した際、市町村から保険の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから大切に保存してください。
- 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へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を聖籠町長に返してください。
- 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて聖籠町長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に聖籠町長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに聖籠町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑罰により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

別記第六号様式（第七条関係）

(表) (受給者が記入してください)

新年度別	患者	患者	患者	患者
単独医療費助成申請書(兼道整復施術用)				
聖蹟町長 様		年 月 日		
下記のとおり金 円(平成 年 月分)の医療費の助成を申請します。		申請者 住居氏名	印	
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	印	
		代理人氏名		
受給者証番号		保 険 者 名		
受給者氏名		証号・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		
※ 包括負担額	一部負担金額		決定額	

注1 ※印は記入しないこと。
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。

(兼道整復師が記入してください)

額収書(診療月 年 月分)				
療養に要した費用	自己負担額	単一部負担金額収 済額	単独医療費助成額	
A	B	C	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)	
上記のとおり単一部負担金を領収しました。				
年 月 日				
			所在地	
			兼道整復師 氏 名	印
保				

注1 ①欄の自己負担額には、医療保険各後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 助成申請書の計算方法
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申請額となります。

一部負担金 医療費の1割

一部負担額が一定額を超えた場合には、申請により町から超過額が払い戻されます。
なお、入院又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けている場合、同一の医療機関での一ヶ月の負担額が以下の額に達したときは、その月の負担は以下の額までとなり、その後の窓口での支払いは不要です。

	入 院	在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
①一般の方	44,400円	12,000円
②町民税非課税の世帯に属する方(③以外の方)	24,600円	8,000円
③②のうち、所得が一定の基準に満たない方	15,000円	

なお、一部負担金については、有効期限内においても変更となる場合があります。

(高額療養費相当額の助成申請について)

一部負担金については、以下の額を超えた額が、申請により町から払い戻されます。

	受給者が1ヶ月に支払った 外 来 の 一 部 負 担 金	受給者が1ヶ月に支払った 一 部 負 担 金 の 合 計 額
①一般の方	12,000円	44,400円
②町民税非課税の世帯に属する方(③以外の方)	8,000円	24,600円
③②のうち、所得が一定の基準に満たない方		15,000円

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。

(裏)

限度額適用認定証		番 号							
県老	公費負担者番号	6	0	1	5				
	受給者番号								
	保 険 者								
受 給 者	氏 名							男・女	
	居 住 地								
	生年月日								
有 効 期 間									
適 用 区 分									
上記受給者は、上記の区分のとおり県老の限度額の適用を行っているものであることを証明する。									
年 月 日									
<div style="text-align: right;"> 聖龍町長 印 </div>									

- 注 1 用紙は、原則として日本工業規格B5列7番一連90kg白色とする。
 2 印刷は黒色によるものとする。
 3 適用区分欄の区分には「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」と記載。

別記第八号様式（第八号関係）
 別記第八号様式を次のように改める。

(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。

(裏)

注 意 事 項

- 1 入院に係る医療又は厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける場合に窓口で支払う県老の一部負担金の額は、保険医療機関ごとに1ヶ月につき、別に定められた額を限度とすることになりますが、この証を提示することによって、その限度額が減額されます。
- 2 保険医療機関に入院するとき又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときには、受給者証とともに必ずこの証を提示してください。
- 3 県老受給者でなくなったとき、又は有効期間を経過したときは、直ちにこの証を聖蹟町長に返してください。
- 4 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 6 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を町の担当窓口へ提出して訂正を受けてください。

別記第十号様式を次のように改める。

別記第十号様式 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。