

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31年3月29日

聖籠町長 西 脇 道 夫

聖籠町規則第16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

第1条 聖籠町老人医療費助成に関する条例施行規則（昭和58年聖  
籠町規則第3号）の一部を次のように改正する。

別記第5号様式（裏）を次のように改める。

(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。

一部負担金の割合 医療費の2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。

(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	18,000円 〔年間の上限144,000円〕	57,600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

※( )内は多数回該当の場合  
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。

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。

第2条 聖籠町老人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。

第7条中「柔道整復師の施術」を「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」に、「当該柔道整復師」を「当該施術者等」に改め、「別記第6号様式」の次に「又は別記第6号様式の2」を加える。

別記第6号様式を次のように改める。

別記第6号様式

(表)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県 老	県 障	県 親	単 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 <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 <span style="float: right;">印</span>	
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 <span style="float: right;">印</span>	

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（経過措置体調者は1割）

〈県障・県親・単子の場合〉

- 1日につき530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530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。

別記第6号様式の次に次の一様式を加える。

別記第6号様式の2

(表)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県 老	県 障	県 親	単 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)					
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					
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	自己負担額	県単一部負担金領収済額	県単医療費助成額
	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				
			施 術 所 所 在 地 名 称	
様			施 術 者 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（経過措置体調者は1割）

〈県障・県親・単子の場合〉

- 1日につき530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530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。

## 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第 5 号様式及び別記第 6 号様式は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。