

鹿屋市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

鹿屋市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則（平成18年鹿屋市規則第108号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

鹿屋市重度心身障がい者医療費助成に関する条例施行規則

第1条中「鹿屋市重度心身障害者医療費助成に関する条例」を「鹿屋市重度心身障がい者医療費助成に関する条例」に改める。

第2条第1項中「第4条」を「第5条」に改め、同項各号を次のように改める。

- (1) 重度心身障がい者医療費助成金受給資格者登録申請書（別記第1号様式）
- (2) 重度心身障がい者医療費助成金受給資格者登録事項変更届（別記第2号様式）

第3条中「第5条」を「第6条」に、「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証」を「重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証」に改める。

第4条中「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証再交付申請書」を「重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証再交付申請書」に改める。

第5条及び第6条を次のように改める。

（受給資格者証の更新）

第5条 条例第6条に規定する受給資格者証の有効期間は、10月1日から翌年の9月30日までの1年間とする。

- 2 前項の有効期間が経過した後は、1年ごとに有効期間を更新するものとする。
- 3 有効期間の途中で受給資格者証の交付を受けた者の有効期間は、第1項に規定する期間の残存期間とする。
- 4 受給資格者証の更新を申請するときの手続については、条例第5条及び第6条の規定を準用する。この場合において、受給資格に異動がない者であって、公簿等により受給資格を確認することができるときは、市長への届出があったものとみなし、更新の届出手続を省略することができる。

（受給資格の停止通知）

第6条 市長は、受給資格者であっても、条例第4条の規定による所得の制限に該当する場合は、その旨を重度心身障がい者医療費助成受給資格停止通知書（第5号様式）により受給資格者に通知するものとする。

第8条中「重度心身障害者医療費助成金受給資格者喪失届（別記第9号様式）」を「重度心身障がい者医療費助成金受給資格者喪失届（別記第10号様式）」に改め、同条を第10条とする。

第7条中「第9条第1項」を「第10条第1項」に改め、同条を第9条とし、第6条の次に次の2条を加える。

（助成金の申請）

第7条 条例第8条第1項の規定により助成金の支給を申請する場合の様式は、重度心身障がい者医療費助成金支給申請書（別記第6号様式）とする。ただし、受給資格者が後期高齢者医療被保険者である場合の様式は、重度心身障がい者医療費助成金支給申請書（後期高齢用）（別記第7号様式）とする。

（助成金の決定通知）

第8条 市長は、条例第9条第1項の規定により助成金の額を決定したときは、その旨を重度心身障がい者医療費助成金支給決定通知書（別記第8号様式）又は重度心身障がい者医療費助成金申請却下決定通知書（別記第9号様式）により申請者に通知するものとする。

別記第1号様式から別記第9号様式までを次のように改める。

別記

第1号様式（第2条関係）

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者登録申請書										申請年月日			※受付年月日		
鹿屋市長 様										年 月 日			年 月 日		
対象者	(フリガナ)氏名				性別	男・女		生年月日		年 月 日					
	住所		鹿屋市		電話番号				※受給資格者証番号						
保護者	(フリガナ)氏名				性別	男・女		生年月日		年 月 日					
	住所		鹿屋市		電話番号				対象者との続柄						
加入保険	被保険者世帯主		氏名		性別	男・女		生年月日		年 月 日					
			住所		資格取得年月日				年 月 日						
	保険の種類		国保 後期高齢 健保 船保 共済 その他				交付年月日		年 月 日						
	証記号番号		保険者名称												
障がいの状況	身体障がいの状況		身体手帳		第 号		年 月 日		初回交付						
			障がいの程度		級 種		範 囲		肢・視・聴・言・内						
	知的障がいの状況		療育手帳		第 号		年 月 日		初回交付						
			障がいの程度		直近判定日		年 月 日		判定						
精神障がいの状況	精神手帳		第 号		年 月 日		初回交付								
			障がいの程度		級		手帳有効期限		年 月 日～		年 月 日				
振込先口座		金融機関名		銀行・金庫 組合・農協		支店名		本店・支店・出張所		年 月 日受 印					
		種別	普通・他 ()		番号	名義人				申請した医療費助成金は、左記 預金口座へ振替を依頼します。 印					

注 ※欄は、記入しないでください。

第2号様式（第2条関係）

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者登録事項変更届 年 月 日 鹿屋市長 殿 届出者住所 氏名 印						
受給資格者証	記号	身(身体障がい者) 知(知的障がい者) 精(精神障がい者) 重(重複障がい者)	番号	第 号		
		旧	新			
登録事項	対象者	住所				
		氏名				
	保護者	住所				
		氏名				
	対象に係る医療保険	保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・後期高齢・地公		健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)後期高齢・地公	
		記号一番号		第 号		第 号
	保険者の名称					
		その他の事項 ()				
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情						
(注) 保護者が変わるときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。						
※ 下の欄は、市(町村)で記入します。						
変更年月日		年 月 日		資格者証 変更交付		
決裁 年月日	年 月 日	決裁欄				

注 記名押印に代えて署名することができます。

第3号様式（第3条関係）

鹿屋市重度心身障がい者 医療費助成金受給資格者証										
市町村番号				0	2	事業番号			3	
受給資格者証番号										
対象者	氏名					性別				
	生年月日									
	住所									
保護者	氏名									
	住所									
医療保険	記号				番号					
	被保険者氏名									
	保険者名									
発行機関										
有効期間				年 月 日から						
				年 月 日まで						
備考				通院のみ						
年 月 日交付										
鹿屋市長 ㊟										

(裏 面)

注 意 事 項

- 1 この証は、重度心身障がい者医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保持してください。
- 2 市に助成金の支給申請書を提出するとき、又は助成金の支払いを受けるときは必ずこの証を提示してください。
- 3 有効期間を過ぎたときは、速やかにこの証を返還してください。
- 4 次に書いてあることが生じたときは必ず届け出てください。
 - (ア) この証の記載事項に変更が生じたとき。
 - (イ) 対象者が生活保護法による保護を受けるようになったとき。
 - (ウ) 対象者又はその保護者若しくは扶養義務者が本市から転出し、又は死亡したとき。

詳しくは、鹿屋市福祉政策課にお尋ねください。

電話0994-45-4726

第4号様式（第4条関係）

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証再交付申請書				
年 月 日				
鹿屋市長 殿		申請者 住所 氏名 印		
申請理由 （該当する項目の 番号を○でかこ んでください。）	1 やぶれた 2 よごれた 3 なくなった			
受給資格者証	記号	身(身体障がい者) 知(知的障がい者) 精(精神障がい者) 重(重複障がい者)	番 号	第 号
対 象 者	氏 名	_____		
生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 生			
(注) 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてくださ い。				
受付年月日	年 月 日	決 裁 欄		
再交付年月日	年 月 日	_____	_____	_____

注 記名押印に代えて署名することができます。

重度心身障がい者医療費助成受給資格停止通知書

年 月 日

様

鹿屋市長



あなたの医療費助成については、次の理由により受給資格が停止となりましたので通知します。

1 資格停止期間

年 月 日 ～ 年 月 日まで

2 資格停止の理由

（本人・配偶者・扶養義務者）の所得超過

この処分に不服があるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の定めるところにより、この通知を受けた日の翌日から起算して、3か月以内に鹿屋市長に対して審査請求をし、又は行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の定めるところにより、この通知を受けた日の翌日から起算して、6か月以内に鹿屋市を被告として（訴訟において鹿屋市を代表する者は、鹿屋市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

第6号様式（第7条関係）

		受付番号			号
重度心身障がい者医療費助成金支給申請書(後期高齢以外用)					
鹿屋市長 様				年	月 日
申請者氏名	印		対象者氏名(続柄)		
申請者住所					
受給資格者証	身(身体障がい者)・知(知的障がい者)・ 精(精神障がい者)・重(重複障がい者)			第	号
加入保険	被保険者氏名			記号・番号	
他の世帯員	氏名		病院名	支払金額	円
の受診状況	氏名		病院名	支払金額	円
高額療養費支給回数 (診療月以前12月間の)	1, 2, 3, 4 回以上	回	対象者生年月日	年 月 日	

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。）

診療月	年 月分		患者氏名		
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付に係 る一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
				薬剤一部負担金(外来)	円
訪問看護療養費	円		訪問看護療養費に係る基本利用料		円
うち他法制度負担分	点		証明手数料の徴収	有(円)・無	
保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職・老人)・地公		傷病発生原因	第三者・その他	
医療機関等の所在地				年 月 日	
" 名称				印	
開設者氏名					

※ 支給決定伺(この欄は、市で記入します。)

決 裁 欄						
区分	一部負担金又は基本利用料 A	高額療養費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担金 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D+E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
薬剤(外来)	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏)

注 意

- 1 この申請書を医療機関等の窓口で受け取る時は、必ず受給資格者証を提示してください。
 - 2 「医療機関等証明」欄の記入を医療機関等に依頼するときは、医療機関等の窓口にて証明手数料をお支払いください。
- ※ なお、助成金の申請は、診療の翌月から起算して6か月以内に行ってください。6か月を過ぎると助成金を支給できない場合があります。

医療機関等へのお願い

- 1 「医療機関等証明」欄は、1か月分をまとめて記入してください。
 - 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、保険診療対象内の額を記入してください。(差額ベッド代・食事療養費の自己負担等、保険診療対象外負担金を除く。)
- ※ この申請書は、医療費助成金支給申請に必要な書類ですので、御協力をお願いします。

第7号様式（第7条関係）

		受付番号	号
重度心身障がい者医療費助成金支給申請書(後期高齢用)			
年 月 日			
鹿屋市長 様			
申請者氏名			対象者氏名(続柄)
申請者住所			
受給資格者証	身(身体障がい者)・知(知的障がい者)・精(精神障がい者)・重(重複障がい者) 第 号		
加入保険	被保険者氏名		記号・番号

医療機関等証明書(この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。)

診察月	年 月分(年 月 日～ 年 月 日)				
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療総点数	入院	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金	入院	区分	一般・低所得世帯・低所得世帯かつ ・特定疾患 老齢福祉年金受給者
	外来		外来	区分	
訪問看護療養費	円	円	区分	金額	病200以上・病200未満・診定率・診定額 (円× 回)
うち他法制度負担分	点	円	区分	金額	定率制・定額制(円× 日) 円
処方せんを交付した医療機関の名称	有(円) ・ 無				
医療機関等の所在地	年 月 日				
名称					
開設者氏名	印				

※ 支給決定伺(この欄は市で記入します。)

決 裁 欄						
区分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担金 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D+E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

(注) 1 この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。

(裏)

注 意

- 1 この申請書を医療機関等の窓口で受け取る時は、必ず受給資格者証を提示してください。
 - 2 「医療機関等証明」欄の記入を医療機関等に依頼するときは、医療機関等の窓口にて証明手数料をお支払いください。
- ※ なお、助成金の申請は、診療の翌月から起算して6か月以内に行ってください。6か月を過ぎると助成金を支給できない場合があります。

医療機関等へのお願い

- 1 「医療機関等証明」欄は、1か月分をまとめて記入してください。
 - 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、保険診療対象内の額を記入してください。(差額ベッド代・食事療養費の自己負担等、保険診療対象外負担金を除く。)
- ※ この申請書は、医療費助成金支給申請に必要な書類ですので、御協力をお願いします。

第9号様式（第8条関係）

重度心身障がい者医療費助成金申請却下決定通知書

年 月 日

様

鹿屋市長 印

年 月 日付けで申請のありました 年 月（～
年 月）診療分に係る重度心身障がい者医療費の助成について、下記の理由により却下することに決定しましたので、通知します。

記

理由

この処分に不服があるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の定めるところにより、この通知を受けた日の翌日から起算して、3か月以内に鹿屋市長に対して審査請求をし、又は行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の定めるところにより、この通知を受けた日の翌日から起算して、6か月以内に鹿屋市を被告として（訴訟において鹿屋市を代表する者は、鹿屋市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

別記第9号様式の次に次の1様式を加える。

第10号様式（第10条関係）

<p>重度心身障がい者医療費助成金受給資格者喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>鹿屋市長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名</p> <p>下記のとおり受給資格を喪失したので、届け出ます。</p>	
受給資格者証番号	
受給資格が なくなった理由	<p>1 死亡した。</p> <p>2 市外へ転出した。</p> <p>3 生活保護を受給するようになった。</p> <p>4 重度心身障がい者医療費助成に関する条例第2条第1項各号に該当しなくなった。</p> <p>5 その他 ()</p>
喪失年月日	年 月 日
備考	

附 則

- 1 この規則は、令和6年7月1日から施行する。
- 2 鹿屋市重度心身障害者医療費助成の実施に必要な準備行為は、前項の規定にかかわらず、この規則の施行の日前においても行うことができる。
- 3 この規則の施行の際、現に存する様式は、当分の間、必要な修正をしてこれを使用することができる。