

(目的)

第1条 この条例は、重度心身障害者等に対し、医療費の一部を助成することにより、その保健の向上に寄与し、もって重度心身障害者等の福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「重度心身障害者等」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。ただし、生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付を受けている者は除く。

(1) 別表第1に定める要件を具備する重度心身障害者(65歳以上75歳未満の者であつて、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第50条第2号の政令で定める程度の障害の状態にあるものにあつては、同号の認定を受けた者に限る。)

(2) 別表第2に定める要件を具備する重度心身障害者(65歳以上75歳未満の者であつて、高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の政令で定める程度の障害の状態にあるものにあつては、同号の認定を受けた者に限る。)

(3) 別表第3に定める要件を具備するひとり親家庭の父母等

(4) 別表第4に定める要件を具備するひとり親家庭の父母等

2 この条例において「医療に関する給付」とは、次の各号のものをいう。

(1) 医療保険各法に規定する療養の給付、保険外併用療養費、療養費、家族療養費、訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費

(2) 高齢者の医療の確保に関する法律に規定する療養の給付、保険外併用療養費、療養費及び訪問看護療養費

3 この条例において「医療保険各法」とは、健康保険法(大正11年法律第70号)その他規則で定める法令をいう。

(医療費の助成)

第3条 上板町は、上板町の区域内に居住地を有する重度心身障害者等の疾病又は負傷について医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付(前条第1項第3号又は第4号に該当する者(以下「ひとり親家庭の父母等」という。))に係るものにあつては、入院治療に限る。以下同じ。)が行われた場合において、当該医療に関する給付に要する費用のうち、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定により重度心身障害者等が負担することとなる費用から医療保険各法の規定による付加給付金等を控除した額を規則で定める手続に従い、その者に対し重度心身障害者等医療費(以下「医療費」という。)として助成する。ただし、重度心身障害者等が当該疾病又は負傷について、医療に関する給付のほかに、法令の規定により国又は地方公共団体の負担において療養又は療養費の支給を受けたときは、その受けた限度において助成を行わない。

2 前項の医療に要する費用の額は、診療報酬の算定方法、保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法及び厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

3 医療費は、次の各号のいずれかに該当する場合は助成しない。

(1) 第1項に規定する者のうち、前条第1項第1号及び第2号に該当する者(以下「重度心身障害者」という。)の前年の所得(1月から7月までの間に受けた医療に係る医療費については、前々年の所得とする。以下同じ。)がその者の所得税法(昭和40年法律第33号)に規定する控除対象配偶者及び扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の有無及び数に応じて規則で定める額を超えるとき。

(2) 重度心身障害者の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻と同様の事情にある者を含む。)の前年の所得又は重度心身障害者の民法(明治29年法律第89号)第877条第1項に定める扶養義務者で主として重度心身障害者の生計を維持するものの前年の所得がその者の扶養義務等の有無及び数に応じて規則で定める額以上であるとき。

(3) 第1項に規定する者のうち、ひとり親家庭の父母等が次に掲げる者に該当するとき。ただし、児童扶養手当法(昭和36年法律第238号)第13条の2第2項第1号の規定により児童扶養手当が支給されない者のうち、その前年の所得が、父又は母については同法第9条及び第10条に規定する所得と、養育者(父及び母を除き、児童と同居して、これを監護し、かつ、生計を維持する者をいう。)については、同法第9条の2及び第11条に規定する所得とを比べて、児童扶養手当が支給される所得以下であるときについては、この限りでない。

ア 児童扶養手当法第9条により児童扶養手当が支給されない者又はその者に監護されている児童

イ 児童扶養手当法第9条に2により児童扶養手当が支給されない者に養育(児童と同居して、これを監護し、かつ、生計を維持することをいう。以下同じ。)されている児童

ウ 児童扶養手当法第10条により児童扶養手当が支給されない者又はその者に監護されている児童

エ 児童扶養手当法第11条により児童扶養手当が支給されない者に養育されている児童

4 第1項に規定する者のうち、前条第1項第1号、第2号(高齢者の医療の確保に関する法律第50条各号のいずれかに該当する者に限る。)及び第3号に該当する者が、規則で定める手続に従い健康保険法第63条第3項第1号の保険医療機関、保険薬局その他の規則で定める病院、診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」という。)で医療を受けた場合には、上板町は、医療費として当該診療を受けた者に助成すべき額の限度において、その者が当該医療に関し、当該保険医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり当該保険医療機関等に支払うことができる。

5 前項の規定による支払があったときは、当該医療を受けた者に対し、医療費の助成があったものとみなす。

6 第3項第1号及び第2号に規定する所得の範囲及びその額の算定方法は、規則で定める。

(審査支払機関)

第3条の2 上板町長は、前条第4項の規定により保険医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

(損害賠償との調整)

第4条 上板町長は、第3条第1項に規定する者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、医療費の全部又は一部を助成せず、又は既に助成した医療の額に相当する金額を返還させることができる。

(助成費の返還)

第5条 上板町長は、偽りその他不正の手段により医療費の助成を受けた者があるときは、その者からその助成を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

(譲渡又は担保の禁止)

第6条 医療費の助成を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供することができない。

(規則への委任)

第7条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、昭和48年4月1日から施行する。

附 則(昭和49年条例第14号)

この条例は、公布の日から施行し、第2条第3号を削る改正規定は、昭和48年7月1日から、その他の規定は、同年10月1日から適用する。

附 則(昭和49年条例第27号)

この条例は、昭和49年7月1日から施行する。

附 則(昭和51年条例第4号)

この条例は、昭和51年4月1日から施行する。

附 則(昭和53年条例第7号)

この条例は、昭和53年4月1日から施行する。

附 則(昭和54年条例第19号)

この条例は、昭和54年10月1日から施行する。

附 則(昭和57年条例第6号)

この条例は、公布の日から施行し、昭和57年4月1日から適用する。

附 則(昭和58年条例第1号)

この条例は、昭和58年4月1日から施行し、昭和58年2月1日診療分から適用する。

附 則(平成元年条例第7号)

この条例は、平成元年7月1日から施行する。

附 則(平成6年条例第14号)

この条例は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成7年条例第2号)

この条例は、平成7年4月1日から施行する。

附 則(平成7年条例第18号)

この条例は、平成7年10月1日から施行する。

附 則(平成11年条例第4号)

この条例は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成14年条例第29号)

この条例は、平成14年10月1日から施行する。

附 則(平成17年条例第6号)

この条例は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成18年条例第24号)

この条例は、平成18年10月1日から施行する。

附 則(平成20年条例第4号)

この条例は、平成20年4月1日から施行する。ただし、この条例による改正後の第3条の2の規定は、平成20年2月1日から適用する。

附 則(平成22年条例第24号)

この条例は、平成22年10月1日から施行する。

附 則(平成27年条例第32号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の第3条第3項第3号の改正規定は、平成26年12月1日から適用する。

別表第1(第2条関係)

対象者	障害の種類	要件
重度心身障害者	1 知的障害者	標準化された知能検査によって測定された知能指数が、おおむね35以下と判定され、又は同程度以下と認められる者
	2 身体障害者	(1) 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める身体障害者障害程度等級表(次号において「障害程度等級表」という。)の1級に該当する障害を有する者 (2) 障害程度等級表の2級に該当する障害を有する者であつて、引き続き3箇月以上、食事、入浴、排便等の日常生活に常に介護を要し、かつ、その状態が継続すると認められるもの

別表第2(第2条関係)

対象者	障害の種類	要件
重度心身障害者	1 身体障害者	身体障害者福祉法施行規則別表第5号に定める身体障害者障害程度等級表(次号において「障害程度等級表」という。)の2級に該当する障害を有する者のうち、別表第1に該当する者を除いたもの
	2 重複障害者	標準化された知能検査によって測定された知能指数が、おおむね50以下と判定され、又は同程度以下と認められる者で、かつ、障害程度等級表の3級及び4級に該当する障害を有するもの

別表第3(第2条関係)

対象者	区分	要件
ひとり親家庭の父母等	1 母子家庭の母	母子及び父子並びに寡婦福祉法(昭和39年法律第129号)第6条第1項に規定する配偶者のない女子(この表及び次表において「配偶者のない女子」という。)で現に義務教育終了前の児童を扶養している者
	2 母子家庭の児童	配偶者のない女子に扶養されている義務教育終了前の児童
	3 父子家庭の父	母子及び父子並びに寡婦福祉法第6条第2項に規定する配偶者のない男子(この表及び次表において「配偶者のない男子」という。)で現に義務教育終了前の児童を扶養している者
	4 父子家庭の児童	配偶者のない男子に扶養されている義務教育終了前の児童
	5 父母のいない児童	母子及び父子並びに寡婦福祉法附則第3条第1項に規定する父母のいない児童(次表において「父母のいない児童」という。)のうち義務教育終了前の児童

別表第4(第2条関係)

対象者	区分	要件
ひとり親家庭の父母等	1 母子家庭の母	配偶者のない女子で、現に義務教育修了後18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童を扶養しているもの
	2 母子家庭の児童	配偶者のない女子に扶養されている児童のうち義務教育修了後18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者
	3 父子家庭の父	配偶者のない男子で、現に義務教育修了後18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童を扶養しているもの
	4 父子家庭の児童	配偶者のない男子に扶養されている児童のうち義務教育修了後18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者
	5 父母のいない児童	父母のいない児童のうち義務教育修了後18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者

(趣旨)

第1条 この規則は、上板町重度心身障害者等に関する医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第5号。以下「条例」という。)の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(条例第2条第3項の規則で定める法令等)

第2条 条例第2条第3項の規則で定める法令は、次のとおりとする。

- (1) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (2) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
- (3) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号。他の法律において準用する場合を含む。)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)

2 条例第3条第3項第1号に規定する規則で定める額は、同号に規定する扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表の右欄に定めるとおりとする。

区分	扶養親族等の数	金額
条例別表第1第1号、第2号の(1)に定める要件を具備する者	0人	1,595,000円
	1人以上	1,595,000円に該当扶養親族等1人につき380,000円を加算した額(当該扶養親族等が所得税法(昭和40年法律第33号)に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養親族であるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき480,000円とし、当該扶養親族等が特定扶養親族等(同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族(19歳未満の者に限る。))をいう。)であるときは、当該特定扶養親族等1人につき630,000円とする。)
条例別表第1第2号の(2)に定める要件を具備する者及び別表第2に定める要件を具備する者	0人	1,595,000円
	1人以上	1,595,000円に該当扶養親族等1人につき380,000円を加算した額(当該扶養親族等が所得税法に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養親族であるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき480,000円とし、当該扶養親族等が特定扶養親族等(同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族(19歳未満の者に限る。))をいう。)であるときは、当該特定扶養親族等1人につき580,000円とする。)

3 条例第3条第3項第2号に規定する規則で定める額は、同号に規定する扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表の右欄に定めるとおりとする。

区分	扶養親族等の数	金額
条例別表第1第1号、第2号の(1)に定める要件を具備する者	0人	6,287,000円
	1人	6,536,000円
	2人以上	6,536,000円に扶養親族等のうち1人を除いた扶養親族等1人につき213,000円を加算した額(所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、当該老人扶養親族1人につき(当該老人扶養親族のほかに扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき)60,000円を加算した額)
条例別表第1第2号の(2)に定める要件を具備する者及び別表第2に定める要件を具備する者	0人	6,216,000円
	1人	6,465,000円
	2人以上	6,465,000円に扶養親族等のうち1人を除いた扶養親族等1人につき213,000円を加算した額(所得税法に規定

	する老人扶養親族があるときは、当該老人扶養親族1人につき(当該老人扶養親族のほか扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき)60,000円を加算した額)
--	---

4 条例第3条第6項に規定する所得の範囲及びその額の算定方法は、国民年金法施行令(昭和34年政令第184号。以下「施行令」という。)第6条の2及び第6条の3の規定を準用する。

(受給者証等の交付申請)

第3条 医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ、重度心身障害者にあつては、重度心身障害者等医療費受給者認定申請書(様式第1号)を、ひとり親家庭の父母等にあつては、重度心身障害者等医療費受給者認定申請書(ひとり親家庭の父母等用)(様式第1号の2)を上板町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、別表第1又は別表第2に掲げる書類を提示し、若しくは添付しなければならない。

(受給者証等の更新申請等)

第4条 重度心身障害者等医療費受給者証(様式第2号)、重度心身障害者等医療費受給者証((保)用)(様式第2号の2)又は重度心身障害者等医療費受給者証(ひとり親家庭の父母等用)(様式第2号の3)(以下「受給者証」という。)の交付を受けている者及び重度心身障害者等医療費受給者認定書(様式第2号の4)又は重度心身障害者等医療費受給者認定書(ひとり親家庭の父母等用)(様式第2号の5)(以下「認定書」という。)の交付を受けている者(以下「受給者」という。)は、毎年6月1日から同月30日までの間に、重度心身障害者にあつては重度心身障害者等医療費受給者認定更新申請書(様式第1号)を、ひとり親家庭の父母等にあつては、重度心身障害者等医療費受給者認定更新申請書(ひとり親家庭の父母等用)(様式第1号の2)に、前条第2項別表第1又は別表第2に掲げる書類を添え、これを上板町長に提出して受給者証又は認定書(以下「受給者証等」という。)の更新を申請しなければならない。

2 受給者は、受給者証等の有効期間が満了したときは、当該受給者証等を直ちに上板町長に返還しなければならない。

(受給者証等の交付)

第5条 上板町長は、第3条又は前条に規定する申請書に基づいて医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、重度心身障害者等医療費受給者証等交付(更新・再交付)通知書(様式第3号)により、受給者証等を申請者に交付しなければならない。ただし、条例第2条第1項第2号及び第4号に定める要件を具備する重度心身障害者等が医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、認定書を申請者に交付するものとする。

2 上板町長は、医療費の助成を受ける資格を有しないと認めたときは、受給者認定申請却下通知書(様式第4号)により、申請者に通知しなければならない。

(受給者証等の再交付)

第6条 受給者は、受給者証等を破り、よごし、又は失った場合には、重度心身障害者等医療費受給者証(認定書)再交付申請書(様式第5号)により、その再交付を申請することができる。

2 受給者証等を破り、又は汚した場合の申請には、前項の申請書にその受給者証等を添付しなければならない。

3 受給者は、受給者証等の再交付を受けた後、失った受給者証等を発見したときは、直ちにこれを上板町長に返還しなければならない。

(届出)

第7条 受給者は、居住地、氏名その他規則で定める事項について変更があつたとき、又は医療費の助成を受ける資格を失ったときは、14日以内に重度心身障害者等医療費助成に関する資格内容変更届(様式第6号)により届け出なければならない。

2 前項により届出を要する事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 助成対象者の居住地、氏名
- (2) 被保険者名
- (3) 保険者名
- (4) 社会保険の種類
- (5) 付加給付
- (6) 資格喪失
- (7) 所得状況の変動

3 前項各号に規定する届書には、受給者証等を添えなければならない。ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証等に代えることができる。

(医療費助成の手続)

第8条 条例第3条第1項の規定による医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障害者等医療費助成申請

書(様式第7号)を上板町長に提出しなければならない。ただし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定による医療の助成を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費請求書((保)用)(様式第7号の2)によるものとする。

- (1) 医療を受けた者の氏名
 - (2) 医療を受けた病院(総合病院の場合は診療科)、診療所、薬局その他の名称及び所在地又は氏名及び住所
 - (3) 入院、入院外の別及び医療を受けた期間
 - (4) 医療に要した費用
 - (5) 受給者にあつては受給者証の番号
- 2 条例第2条第1項第2号及び第4号に定める要件を具備する重度心身障害者等が、医療費の助成を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費助成申請書(様式第7号の3)を上板町長に提出しなければならない。ただし、条例第2条第1項第2号及び第4号に定める要件を具備する重度心身障害者等で高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療の助成を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費助成申請書((保)用)(様式第7号の4)によるものとする。
- 3 前2項の申請書には、当該医療について条例第3条第1項に規定する医療に関する給付が行われることを証する書類、医療に要した費用に関する証拠書類を添付しなければならない。ただし、前項の申請書において、上板町長が必要と認めた事実が証明できる場合は、当該書類を省略することができる。
- 4 上板町長は、第1項又は第2項及び前項の規定により医療費助成について申請書又は請求書の提出があつたときは、速やかに助成するかどうか及び助成対象額を決定し、助成することを決定したときは、受給者に対し、決定した額を支払わなければならない。
- (支払の特例)

第9条 受給者証の交付を受けた受給者は、次の各号のいずれかに該当する療養を受けた場合を除いて、条例第3条第4項の規定による支払方法をとることができる。

- (1) 徳島県の区域外の医療機関において療養を受けた場合
 - (2) 医療保険各法の規定による療養費の対象となる療養を受けた場合
 - (3) 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養費の対象となる療養を受けた場合
 - (4) 前3号に掲げるもののほか、上板町長が特に必要と認めた場合
- (支払特例の手続)

第10条 受給者証の交付を受けた受給者のうち、条例第3条第4項の規定により、医療を受けようとする者は、次条に規定する保険医療機関等に被保険者証、組合員証又は加入者証及び受給者証を提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証、組合員証若しくは加入者証又は受給者証を提出することができない者であつて、受給者であることが明らかなものについては、この限りでない。

(保険医療機関等)

第11条 条例第3条第4項に規定する規則で定める病院、診療所又は薬局とは、次に掲げるものとする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第2号及び第3号に規定する病院若しくは診療所又は薬局
 - (2) 健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
- (受給者の確認)

第12条 保険医療機関等は、受給者から診療を求められたときは、その者の提出する受給者証等によって受給者であることを確かめるものとする。

(第三者の行為による被害の届出)

第13条 医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときはその旨)並びに被害の状況を重度心身障害者等医療費助成事由(被害)届(様式第9号)により、直ちに上板町長に届け出なければならない。

(口頭による申請等)

第14条 上板町長は、第3条、第4条、第6条及び第8条の申請書、請求書又は第7条の届書(以下「申請書等」という。)を作成することができない特別の事情があると認めたときは、申請者、請求者又は届出人の口頭による陳述を当該職員に聴取させた上で、必要な措置をとることによって、当該申請書等の受理に代えることができる。

2 前項の陳述を聴取した当該職員は、陳述事項に基づいて所定の申請書等の様式に従って書類を作成し、これを陳述者に読み聞かせた上で、陳述者とともに記名押印しなければならない。

(添付書類の省略等)

第15条 上板町長は、この規則の規定により申請書等に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

2 上板町長は、災害その他特別の事情がある場合において、特に必要があると認めたときは、この規則の規定により申請書等に添えなければならない書類を省略し、又はこれに代わるべき他の書類を添えて提出させ

ることができる。

(医療費に関する処分の通知)

第16条 上板町長は、医療費の助成に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者、請求者又は届出人に通知するものとし、医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その事由を付記しなければならない。

附 則

この規則は、昭和48年4月1日から施行する。

附 則(昭和49年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和48年10月1日から適用する。

附 則(昭和50年規則第4号)

1 この規則は、公布の日から施行し、昭和50年7月1日から適用する。

2 昭和50年6月以前に受けた医療に係る老人医療費の支給の制限については、なお従前の例による。

附 則(昭和51年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和51年4月1日から適用する。

附 則(昭和52年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和52年7月1日から適用する。

附 則(昭和52年規則第4号)

1 この規則は、昭和52年7月1日から施行する。

2 昭和51年6月以前に受けた医療に係るねたきり老人等医療費の支給の制限については、なお従前の例による。

附 則(昭和53年規則第1号)

この規則は、昭和53年4月1日から施行する。

附 則(昭和53年規則第3号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和53年7月1日から適用する。

附 則(昭和54年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和54年7月1日から適用する。

附 則(昭和54年規則第6号)

この規則は、昭和54年10月1日から施行する。

附 則(昭和55年規則第5号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和55年7月1日から適用する。

附 則(昭和56年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和56年7月1日から適用する。

附 則(昭和57年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和57年7月1日から適用する。

附 則(昭和58年規則第1号)

1 この規則は、昭和58年4月1日から施行する。

2 この規則による様式に相当する改正前の上板町ねたきり老人等に対する医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式の名称変更に係るものについては、昭和58年7月1日から施行するものとする。

附 則(昭和58年規則第7号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和58年7月1日から適用する。

附 則(昭和59年規則第10号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和59年7月1日から適用する。

附 則(昭和59年規則第13号)

この規則は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則(昭和60年規則第3号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、昭和60年7月1日から適用する。

附 則(昭和62年規則第1号)

1 この規則は、公布の日から施行し、昭和62年1月1日から適用する。

2 改正後の規則の様式に相当する改正前の規則に定める様式による用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(昭和62年規則第11号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、昭和62年7月1日から適用する。

附 則(昭和63年規則第7号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、昭和63年7月1日から適用する。

附 則(平成元年規則第7号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、平成元年7月1日から適用する。

附 則(平成2年規則第5号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成2年7月1日から適用する。

附 則(平成3年規則第4号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成3年7月1日から適用する。

附 則(平成4年規則第6号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成4年7月1日から適用する。

附 則(平成5年規則第8号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成5年7月1日から適用する。

附 則(平成6年規則第8号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成6年7月1日から適用する。

附 則(平成6年規則第12号)

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成7年規則第5号)

この規則は、平成7年4月1日から施行する。

附 則(平成7年規則第12号)

この規則は、平成7年10月1日から施行する。ただし、規則第2条第3項のうち、金額の改正については平成7年7月1日から適用する。

附 則(平成8年規則第6号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項及び第3項の規定は、平成8年7月1日から適用する。

附 則(平成9年規則第8号)

この規則は、公布の日から施行し、平成9年7月1日から適用する。

附 則(平成10年規則第13号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第3項の規定は、平成10年7月1日から適用する。

附 則(平成11年規則第5号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成11年規則第14号)

この規則は、平成11年8月1日から施行する。

附 則(平成12年規則第21号)

この規則は、公布の日から施行し、平成12年8月1日から適用する。ただし、様式第7号の4については、当分の間使用することができるものとする。

附 則(平成14年規則第25号)

この条例は、平成14年10月1日から施行する。

附 則(平成17年規則第5号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第1号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成20年2月1日から適用する。
- 2 改正後の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則様式第2号及び様式第2号の3に相当する改正前の上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則様式第2号及び様式第2号の3による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成20年規則第2号)

- 1 この規則は、平成20年3月1日から施行する。
- 2 平成20年2月1日前行われた重度心身障害者等に対する医療に係る費用の助成の請求については、なお従前の例によることができる。

附 則(平成20年規則第5号)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 平成20年2月1日前行われた重度心身障害者等に対する医療に係る費用の助成の請求については、なお従前の例によることができる。

附 則(平成22年規則第20号)

この規則は、平成22年10月1日から施行する。

附 則(平成26年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行する。

別表第1(第3条関係)

	重度心身障害者等医療対象者	提示書類	添付書類
条例 第二 条第 一項 第一 号に 該当 する 者	知的障害者	医療保険証療育手帳	1 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号) 2 その他町長が必要と認める書類
	身体障害者手帳1級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 町長が必要と認める書類
	身体障害者手帳2級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 医師の証明及び民生委員の意見書(身障2級用)(様式第11号) 2 その他町長が必要と認める書類
条例 第二 条第 一項 第二 号に 該当 する 者	身体障害者手帳2級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 町長が必要と認める書類
	重複障害者	医療保険証 身体障害者手帳 療育手帳	1 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号) 2 その他町長が必要と認める書類

別表第2(第3条関係)

	重度心身障害者等医療対象者	提示書類	添付書類
条例 第二 条第 一項 第三 号・ 第四 号に 該当 する	① 配偶者と死別又は離婚	医療保険証	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 戸籍謄本(他町村に本籍のある場合)
	② 配偶者の生死が不明	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 警察署その他官公署等の証明書(様式第13号)
	③ 配偶者から遺棄されている	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 福祉事務所・民生委員等の証明書(様式第14号)
	④ 配偶者が海外に あるため、扶養を受け られない	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 官公署又は民生委員の証明書(様式第15号)
ひとり 親 家庭 の父 母	⑤ 配偶者が精神・身 体の障害により、長 期にわたり労働能力 を失っている	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 医師の診断書(様式第10号)
	⑥ 配偶者が法令によ り長期にわたり拘禁	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 刑務所その他官公署等の証明書(様式第10号)
	⑦ 婚姻によらないで 父又は母となった	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 戸籍謄本(他町村に本籍のある場合)
条例第2条第1項第3号・第4号 に該当する父母のない児童	〃	〃	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 上記①から⑦に準じ、その事実を明らかにする書類

※ 共通的添付書類……上板町長が特に必要と認める書類

様式第1号(第3条, 第4条関係)

様式第1号(第3条, 第4条関係)

㊦ 重度心身障害者等医療費受給者認定(更新)申請書

	ふりがな	手帳交付年月日		
	氏名	男・女	番 号	
	居住地 (住所)		過去における当該市町村 での受給者証等の番号	
配 偶 者	氏名	住 所		
① 扶 養 義 務 者	氏名	住 所		
	受給者との続柄			
扶養親族等控除	所得状況	受給者の所得状況	配偶者の所得状況	①の扶養義務者の所得状況
	控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人
② 控 除 対 象 配 偶 者 及 び 扶 養 親 族 の 合 計 数		人	人	人
③ 前 年 の 所 得 額		円	円	円
④ 控 除	雑 損	円	円	円
	医 療 費	円	円	円
	社 会 保 険 料	円	円	円

小規模企業共済等掛金	円	円	円
配 偶 者 特 別	円	円	円
障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人
特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	人	人
障害者・特別障害者・老年人・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の特例	円	円	円
地方税法附則第6条第1項又は租税特別措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8号の免除に係る所得額	円	円	円
本年の災害・医療費	円	円	円
※ 控 除 後 の 所 得 額	円	円	円
加入医療	被 保 険 者 氏 名	受給者との続柄	住 所
	⑤ 保 険 種 別	協・組・船・共・国	被保険者証の記号番号
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	所在地	付加給付等の有無
⑥ 受 給 者 認 定 申 請 事 由	1 重度障害を有するようになったため 4 その他 [] 2 転入してきたため (交付事由発生年月日 年 月 日) 3 保険に新たに加入したため		

※ 審 査	
上記のとおり、重度心身障害者医療費受給者の認定を申請いたします。	
年 月 日	
住所	
申請者	
氏名	
徳島県上板町長 様	

- 付加給付等がある場合は、委任状等の書類を添付してください。
- ※印の欄は、記入しないでください。
- 字は、楷書ではっきり書いてください。

注意(様式第1号裏面)

この用紙は、重度心身障害者等医療費受給者の認定申請書又は重度心身障害者等医療費受給者認定更新申請書を提出する際に使用してください。

受給者の認定申請をする場合には、標題の“更新”の字を抹消して提出してください。また、受給者の認定更新申請をする場合には、加入医療保険の欄及び受給者認定申請事由の欄は記入しないで提出してください。

- ①の欄 あなたの子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主としてあなたの生計を維持している人について書いてください。
- ②の欄 所得税法に定める控除対象配偶者及び扶養親族の合計数を書いてください。
なお、所得税法に定める老人扶養親族があるときはその人の数を()内に再掲してください。
- ③の欄 前年の所得のうち、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、長期・短期譲渡所得金額及び所在地等なお所得の額がないときは「なし」と書いてください。

④の欄

- 1 「雑損」、「医療費」、「社会保険料」、「小規模企業共済等掛金」及び「配偶者特別」の欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、社会保険料控除又は小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除を受けたときに、それぞれの控除額を書いてください。
- 2 「障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数」の欄には、②の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を書いてください。
- 3 「特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数」欄には、②の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を書いてください。
- 4 「障害者・特別障害・老年者・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の別」欄には、あなたや扶養義務者等が地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、老年者(受給者については不要)、寡夫(婦)・寡婦の特例又は勤労学生であるときに、該当するものを○で

かこんでください。

- 5 「地方税法附則第6条第1項又は租税特別措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条の免除に係る所得額」の欄には、地方税法附則第6条第1項(内用牛の売却による農業所得の免除)又は租税特別措置法第24条(開墾地等の農業所得の免除)若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条(土地改良事業施行地の後作所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を書いてください。
- 6 「本年の災害・医療費」の欄には、その損失の金額又はあなたの医療費の額を書いてください。
- ⑤の欄 該当する保険種別を○でかこんでください。「協」は全国健康保険協会管掌健康保険、「組」は組合管掌等健康保険、「船」は船員保険、「共」は国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済、「国」は国民健康保険の略です。
- ⑥の欄 該当するものに○を付けてください。3まで該当するものがない場合には、4に○を付けて()内に受給者認定申請事由を書いてください。

添付書類

この申請書には、次の書類を提示し、あるいは添えて出してください。

重度心身障害者等医療対象者	提示書類	添付書類
知的障害者	医療保険証 療育手帳	○療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)
身体障害者手帳1級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	
身体障害者手帳2級所持者 (3箇月以上要介護のもの)	医療保険証 身体障害者手帳	○医師の証明及び民生委員の意見書(身障2級用)(様式第11号)

身体障害者手帳2級所持者 (3箇月以上の介護不要のもの)	医療保険証 身体障害者手帳	○療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)
重複障害者	医療保険証 身体障害者手帳 療育手帳	

上記の他

- 1 ④欄に記載すべき事実があるときは、その事実を明らかにすることができる書類
- 2 本年において、災害により生じた損失があった場合又は重度心身障害者等に係る医療費を支払った場合は、市町村長の被災についての証明又は医療機関等の医療費等に関する証明
- 3 他市町村から転入した場合は、前年の所得の額並びに控除対象配偶者及び扶養親族の数についての当該市町村長の証明書

様式第1号の2(第3条, 第4条関係)

様式第1号の2(第3条, 第4条関係)

㊦ 重度心身障害者等医療費受給者認定(更新)申請書

(ひとり親家庭の父母等用)

I 家 族 構 成 員 (全 員)	① 氏 名	② A受給者 B扶養義務者	父 母 等 の 続 柄	同 居 ・ 別 居 の 別	生 年 月 日	職 業	③ 年 収	住 所	
		男・女	A・B	本 人	同・別	年 月 日		円	
		男・女	A・B		同・別	年 月 日		円	
		男・女	A・B		同・別	年 月 日		円	
		男・女	A・B		同・別	年 月 日		円	
		男・女	A・B		同・別	年 月 日		円	
		男・女	A・B		同・別	年 月 日		円	
II 受 給	被 保 険 者 氏 名				受 給 者 と の 続 柄		住 所		

者 加 入 医 療 保 険	④ 保 険 種 別	協・組・日・船・共・国	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関				所 在 地
III	⑤ 受 給 者 証 認 定 申 請 事 由	1 死別 2 離婚 3 生死不明 4 遺棄 5 海外にいる 6 精神又は身体の障害 7 拘禁 8 未婚の母 9 父母のない児童			
IV	申請者が1・2・8・9のとき戸籍確認者印	※	住民基本台帳確認者印	※	
V	父 母 等	課 税 ・ 非 課 税	課 税 台 帳 確 認 者 印	※	
	⑥ 扶 養 義 務 者	課 税 ・ 非 課 税	課 税 台 帳 確 認 者 印	※	
VI	※ 審 査	1 認 定 2 却 下(理由)			
<p>上記のとおり、重度心身障害者等医療費受給者の認定を申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ㊦</p> <p>徳島県上板町長 様</p>					

- 附加給付等がある場合は、委任状等の書類を添付してください。
- ※印の欄は記入しないでください。
- 字は楷書ではっきり書いてください。

注意(様式第1号の2裏面)

標題 受給者の認定申請をする場合には、標題の“更新”の字句を抹消してください。また、受給者の認定更新申請をする場合には、標題の“交付”の字句を抹消して提出してください。

I

- ①の欄 同居別居にかかわらず家族全員の氏名を記入してください。
- ②の欄 受給者に該当する方はAに、受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持している方がいるときにはBに、○印を記入してください。
- ③の欄 各人の年取を記入してください。(各種年金等を含む。)

II

- ④の欄 該当する保険種別を○でかこんでください。「協」は、全国健康保険協会管掌健康保険、「組」は、組合管掌健康保険、「船」は、船員保険、「共」は、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済、「国」は、国民健康保険の略です。

III

- ⑤の欄 該当する申請事由の番号を○でかこんでください。

IV

- ⑥の欄 受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持する方がいるときは、その方の所得税の課税状況に応じ、いずれかを○でかこんでください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えて提出してください。

1 申請事由に関する書類

- (1) 配偶者と死別又は離婚した方は、戸籍謄本。ただし、上板町に本籍のある方を除きます。

- (2) 配偶者の生死が明らかでない方は、警察署その他の官公署又は関係会社等の証明書
- (3) 配偶者から遺棄されている方は、福祉事務所又は民生児童委員等の証明書
- (4) 配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができない方は、官公署又は民生児童委員の証明書
- (5) 配偶者が精神又は身体の障害により、長期にわたって労働能力を失っている方については、医師の診断書
- (6) 配偶者が法令の規定により、長期にわたって拘禁されている方は、刑務所又は拘置所その他官公署等の証明書
- (7) 婚姻によらないで父又は母となった方は、戸籍謄本。ただし、上板町に本籍のある方を除きます。
- (8) 父母のいない児童は、父及び母について(1)から(7)に掲げる書類に準ずる書類

2 所得税に関する書類

- (1) 申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた方は、前年(1月から6月までの間に申請するときは、前々年。以下同じ。)の所得に対する所得税が非課税であったことを証明することができる書類
- (2) 受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持する方が、申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、その方の前年の所得に対する所得税が非課税であったことを証明できる書類

様式第2号(第4条関係)

様式第2号(第4条関係)

<p style="text-align: center;">医療機関の方へ</p> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市町村より助成される対象者です。</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担額)以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会又は支払基金へ請求手続を行ってください。</p>	<p style="text-align: center;">受給者のみなさんへ</p> <p>1 この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費又は入院時生活療養費を除く。)を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。</p> <p>2 保険医療機関等においても診療を受ける場合は、被保険者証(組合員証又は加入者証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関等で診療を受ける場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返還してください。</p> <p>5 氏名、居住地等に変更があったときは14日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村長に返してください。</p> <p>8 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。</p>	<p style="text-align: center;">㊦ 重度心身障害者等医療費受給者証</p> <p>公費負担番号 <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>記号 ㊦ 徳一 番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10%; text-align: center;">受給者</td> <td style="width: 20%;">居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">有効期限</td> </tr> <tr> <td colspan="2">発行機関名</td> <td colspan="2">徳島県</td> </tr> <tr> <td colspan="4">及び印</td> </tr> <tr> <td colspan="4">交付年月日</td> </tr> </table>	受給者	居住地			氏名			生年月日			有効期限				発行機関名		徳島県		及び印				交付年月日			
受給者	居住地																											
	氏名																											
	生年月日																											
有効期限																												
発行機関名		徳島県																										
及び印																												
交付年月日																												

様式第2号の2(第4条関係)

様式第2号の2(第4条関係)

<p style="text-align: center;">医療機関の方へ</p> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市町村より助成される対象者です。</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担額)以外の自己負担分は国保連合会又は支払基金へ請求手続を行ってください。</p>	<p style="text-align: center;">受給者のみなさんへ</p> <p>1 この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費又は入院時生活療養費を除く。)を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。</p> <p>2 保険医療機関等においても診療を受ける場合は、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関等で診療を受ける場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返還してください。</p> <p>5 氏名、居住地等に変更があったときは14日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村長に返してください。</p> <p>8 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。</p>	<p style="text-align: center;">㊦ ㊧ 重度心身障害者等医療費受給者証 (後期高齢者医療被保険者用)</p> <p>公費負担番号 <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p>記号 ㊦ 徳一 番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10%; text-align: center;">受給者</td> <td style="width: 20%;">居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">有効期限</td> </tr> <tr> <td colspan="2">発行機関名</td> <td colspan="2">徳島県</td> </tr> <tr> <td colspan="4">及び印</td> </tr> <tr> <td colspan="4">交付年月日</td> </tr> </table>	受給者	居住地			氏名			生年月日			有効期限				発行機関名		徳島県		及び印				交付年月日			
受給者	居住地																											
	氏名																											
	生年月日																											
有効期限																												
発行機関名		徳島県																										
及び印																												
交付年月日																												

様式第2号の3(第4条関係)

様式第2号の3(第4条関係)

<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px 10px;">医療機関の方へ</div> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市町村より助成される対象者です。</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担額)以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会又は支払基金へ請求手続を行ってください。</p>	<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px 10px;">受給者のみなさんへ</div> <p>1 この証は、徳島県内で入院する場合に、保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費又は入院時生活療養費を除く。)を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持してください。</p> <p>2 保険医療機関等において入院する場合は、被保険者証(組合員証又は加入者証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関等で入院する場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。</p> <p>5 氏名、居住地等に変更があったときは14日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村長に返してください。</p> <p>8 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。</p>	<div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 2px 10px;"> ㊦ 重度心身障害者等医療費受給者証 (ひとり親家庭の父母等)入院に限る </div> <p>公費負担番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%;">記号</td> <td style="width: 40%;">㊦ 徳一</td> <td style="width: 10%;">番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受(給)母(等)者</td> <td>居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">受給対象者氏名</th> <th style="width: 5%;">性別</th> <th style="width: 5%;">続柄</th> <th style="width: 20%;">生年月日</th> <th style="width: 35%;">有効期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">発行機関名及び印</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">交付年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	4	6	3	6					記号	㊦ 徳一	番号		受(給)母(等)者	居住地			氏名			生年月日			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">受給対象者氏名</th> <th style="width: 5%;">性別</th> <th style="width: 5%;">続柄</th> <th style="width: 20%;">生年月日</th> <th style="width: 35%;">有効期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				受給対象者氏名	性別	続柄	生年月日	有効期間																										発行機関名及び印				交付年月日			
4	6	3	6																																																															
記号	㊦ 徳一	番号																																																																
受(給)母(等)者	居住地																																																																	
	氏名																																																																	
	生年月日																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">受給対象者氏名</th> <th style="width: 5%;">性別</th> <th style="width: 5%;">続柄</th> <th style="width: 20%;">生年月日</th> <th style="width: 35%;">有効期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				受給対象者氏名	性別	続柄	生年月日	有効期間																																																										
受給対象者氏名	性別	続柄	生年月日	有効期間																																																														
発行機関名及び印																																																																		
交付年月日																																																																		

様式第2号の4(第4条関係)

様式第2号の4(第4条関係)

㊦

重度心身障害者等医療費受給者認定書

あなたは、 年 月1日から 年7月31日まで、重度心身障害者医療費助成事業の受給対象者であることを認定する。

年 月 日

上板町長

印

受給者番号	号		
住所			
氏名			
生年月日	年 月 日	男・女	
被保険者氏名		受給者との続柄	

《注 意 事 項》

- 1 この認定書は、上記の有効期限内に医療費(保険医療の自己負担分)の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。
- 2 受給対象者が保険医療機関等で支払った自己負担分は、後に市町村で払戻ししますので、医療費支給申請書を医療機関等の窓口へ提出し、受領証明をしてもらってください。
- 3 上記払い戻しを請求するときは、医療機関等の受領証明を受けた医療費支給申請書にこの認定書を添えて、市町村窓口へ提出してください。
- 4 次の事項に変更があったときは、14日以内にこの認定書を添えて市町村長にその旨を届けてください。
 - ① 住所が変わったとき。
 - ② 氏名が変わったとき。
 - ③ 加入保険に変更があったとき。
- 5 この認定書を破損したり、無くしたりしたときは再交付を受けてください。
- 6 有効期限を経過したときは、この認定書は効力が無くなります。
引き続き受給者認定を受けられる方は、更新手続を行ってください。

様式第2号の5(第4条関係)

様式第2号の5(第4条関係)



重度心身障害者等医療費受給者認定書

(ひとり親家庭の父母等用)

下記のとおりひとり親家庭等医療費助成事業の受給対象者であることを認定する。

年 月 日

上板町長



受給者番号		号		
受給者	住所			
	氏名			
	生年月日			
受給対象者氏名	性別	受給者との続柄	生年月日	有効期間

《 注 意 事 項 》

- この認定書は、上記の有効期限内に医療費(保険医療の自己負担分)の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。
- 受給対象者が保険医療機関等で支払った自己負担分は、後に市町村で払戻ししますので、医療費支給申請書を医療機関等の窓口へ提出し、受領証明をしてもらってください。
- 上記払戻しを請求するときは、医療機関等の受領証明を受けた医療費支給申請書にこの認定書を添えて、市町村窓口へ提出してください。
- 次の事項に変更があったときは、14日以内にこの認定書を添えて市町村長にその旨を届けてください。
 - 住所が変わったとき。
 - 氏名が変わったとき。
 - 加入保険に変更があったとき。

- 5 この認定書を破損したり，無くしたりしたときは再交付を受けてください。
- 6 有効期限を経過したときは，この認定書は効力が無くなります。
引き続き受給者認定を受けられる方は，更新手続きを行ってください。

様式第3号(第5条関係)

様式第3号(第5条関係)

㊟

第 号
年 月 日

様

上板町長

印

重度心身障害者等医療受給者証等
〔 交 付 〕
〔 更 新 〕 通知書
〔 再交付 〕

年 月 日付けで申請のありました、重度心身障害者等医療費受給者〔 認 証(認 定(更 新) 定書)再交付 〕申請については、別添重度心身障害者等医療費受給者〔 証 認定書 〕のとおり 交付いたしますので通知します。

様式第4号(第5条関係)

様式第4号(第5条関係)

Ⓢ

第 号
年 月 日

様

上板町長

印

重度心身障害者等医療費受給者認定申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった重度心身障害者等医療費受給者認定申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。

(理 由)

様式第5号(第6条関係)

様式第5号(第6条関係)

㊟ 重度心身障害者等医療費受給者証(認定書)再交付申請書			
受給者証	氏 名		生 年 月 日
	男・女		年 月 日
(認定書)	住 所	徳島県 市郡 町村	
重度心身障害者等医療費受給者証記号番号		号	
" 認定受給者番号			
理 由			
重度心身障害者等医療費受給者 (証) を (破損) したのでこの再交付を申請いた (認定書) (よご) します。 (亡失)			
年 月 日 徳島県上板町長 様 (申請者) 氏 名 _____ ㊟			

注 重度心身障害者等医療費受給者証(認定書)を破損又はよごしたため、この申請を行う場合には、破損又はよごした重度心身障害者等医療費受給者証(認定書)を添付してください。

様式第6号(第7条関係)

様式第6号(第7条関係)

㊟ 重度心身障害者等医療費助成に関する資格内容変更届 年 月 日 徳島県上板町長 様 (届出人) 住 所 _____ 氏 名 _____ ㊟ 受給者との続柄 _____ 重度心身障害者等医療費助成について、上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定に基づき届けます。				
届出事項(該当に○を付する)	届 出 理 由	届出事項発生年月日		
1 資 格 喪 失		年 月 日		
2 受 給 者 証 等 記 載 事 項				
3 所 得 状 況 の 変 動				
受給者証等記載事項の変更	区 分	新	旧	
	受給者 資格 所有者	氏 名		
		住 所		
	加入医療保険	被保険者(組合員)(加入者)名		
		保 険 証 号 番 号		
		保 険 者 名		
付 加 給 付 の 給 付 状 況				

- 注 1 受給者証等記載事項の変更の場合については、重度心身障害者等医療費受給者証等を添付してください。(ただし、第3項の届書を除く。)
 なお、変更のない事項は記入の必要はありません。
- 2 ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証等に代えることができる。

様式第7号(第8条関係)

様式第7号(第8条関係)

㊦ 重度心身障害者等医療費助成申請書

年 月 日

徳島県上板町長 様

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____ ㊦

上板町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第8条の規定に基づき、重度心身障害者等医療費を助成されるよう関係書類を添えて申請します。

重度心身障害者等医療費助成申請額		一金		円也	
受 療 年 月		年 月分			
受 給 者	受給者証 記号番号	重徳 一 第 号	加 入 医 療 保 険	被保険者(組 合員)(加入者)名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日		保 険 者 名	

助成額算定欄

本人支払額	—	付加給付額	円	=	助成額
円		療養費支払額	円		円

年 月 日

取扱者 ㊦

- 注 1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。
2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。

(別添1)

㊦ 療養費支給済証明書					
被保険者 (組合員)名			勤務先		
保険証 記号番号			同上所在地		
保険者名			保険者 所在地		
支 給 内 訳					
受領者			診療月	年 月分	
	総額	支給額	対象月	支給年月日	備考
療養費	円	円	年 月分	年 月 日	
給付内容	治療材料, 看護料, 移送費, その他 ()				
上記のとおり支給したことを証明します。					
年 月 日					
住所 _____					
(証明者)					
氏名 _____ 印					

- 注 1 この証明書は、町へ請求する重度心身障害者等医療費支給申請書の添付書類です。
- 2 2枚複写とし、薄紙は証明者(保険者)の控、厚紙は申請者用です。
- 3 この証明書は保険者において証明の上被保険者の事業所を経由するか、又は直接被保険者に交付してください。

(別添2)

㊦ 領収書(重度心身障害者等医療費助成用)			
徳島県			
療養者名		診療月	年 月分
領収金額	一金		
ア	上記金額のうち、保険医療で認められた医療費の本人支払額	一金	
イ	アのうち、公費負担医療の適用により、本人が支払うべきとされた金額	更生、育成、療育、結核、精神、その他	一金
年 月 日			
医療機関の所在地及び名称			
開設者氏名 ㊦			

注 1 この領収書は、重度心身障害者等医療費助成申請書の添付書類です。(収入印紙は不用)

2 上記領収金額欄には、医療機関等に支払った現金総額を記入してください。したがって、保険医療で認められない料金も含まれます。

3 ア欄の金額には、保険医療で認められないベッドの差額料金や金(金位14カラット未満の合金)使用の歯科の補てつ料金等は含まれませんのでご注意ください。

4 イ欄は、公費負担医療が適用された場合に該当する医療の種類に○を付け、医療機関に本人が支払うべきものと決定され、かつ、実際に支払った金額を記入してください。

なお、「更生」は、身体障害者福祉法による更生医療

「育成」は、児童福祉法による育成医療

「療育」は、児童福祉法による療育医療

「結核」は、感染症法(結核)法による適正医療、入院

「精神」は、精神保健福祉法による措置入院、障害者自立支援法による自立支援医療(精神通院医療)のことです。

様式第7号の2(第8条関係)

様式第7号の2(第8条関係)

預金口座振込希望の 金融機関名	銀行 支店	預金 種別	普通・当座	預金口座 番号		
<p>㊦ 重度心身障害者等医療費請求書(㊧分)</p> <p>請求額 金 _____ 円也</p> <p>ただし, 年 月分</p> <p>重度心身障害者等医療費(後期高齢者医療による一部負担金)の助成を受けたく、関係書類を添付し、上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上板町長 様</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名(続柄) ㊨ (受給者氏名)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>受給者証記号番号</td> <td></td> </tr> </table>					受給者証記号番号	
受給者証記号番号						
<p>上記の金額領収しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上板町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名(続柄) ㊨</p>						

- 注 1 この請求書には、必ず「㊦—㊧重度心身障害者等医療費受給者証」あるいは医療機関の発行した領収証を添付してください。
- 2 請求金額の記載に当たっては、受給者証裏面あるいは医療機関の領収証で、あなたが支払った一部負担金を確認してください。
- 3 金融機関への口座払を希望する場合は、あなたの口座番号等を記載してください。

様式第7号の3(第8条関係)

様式第7号の3(第8条関係)

重度心身障害者 ひとり親家庭等 重度心身障害者等医療費助成申請書

年 月 日

上板町長 様

申請者 住所
氏名

印

下記のとおり一部負担金を払いましたので、医療費等の支給を申請します。

受給者記入欄	受給者氏名				生年月日	年 月 日		
	住所				受給者番号			
	加入保険	保険の名称	国(一般・退職〔本人・被扶養者〕), 協, 組, 船, 共			付加給付金の有無	有・無	
		被保険者				付加給付金の金額	円	
	保険記号番号				保険給付割合	/		
他の世帯員の受診状況	氏名			医療機関名			自己負担金	円
	氏名			医療機関名			自己負担金	円
医療機関等記入欄	受診日	年 月 日から 年 月 日まで受診分			入院日数	日		
					外来日数	日		
	区分	入院			入院外			
	診療報酬点数				点	点		
	他法負担点数				点	点		
		保険者負担点数(高額療養費分除く)				点	点	
	一部負担金①(本人負担額)				円	円		
薬剤一部負担額②	円			(内訳) 薬剤規定額 × 薬剤給付日数 円 日				
入院時食事療養費に係る標準負担額③	円			受診日内の入院日数 日		1日当たり標準負担額 円		
訪問看護療養費の総利用料④	円			受診日内の利用回数 回		基本利用料の単価(2日目以降分) 円(1日目 円)		
入欄	※ 医療の給付に係る一部負担金を①の欄に、薬剤一部負担額を②の欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を③の欄に、訪問看護療養費に係る基本利用料を④の欄にそれぞれ分けて記入してください。							
	年 月 日			医療機関等所在地 名称 代表者名				
町記入欄	本人負担額 A ①+②+③+④	(高額)療養費負担額 B	付加給付額C	支給決定額 D [D=A-(B+C)]	受付年月日	年 月 日		
					決裁年月日	年 月 日		
					支給年月日	年 月 日		
欄	(高額)療養費の世帯合算及び付加給付金等の算定方法							

様式第7号の4(第8条関係)

様式第7号の4(第8条関係)

重度心身障害者
 ひとり親家庭等

重度心身障害者等医療費助成申請書

(後期高齢者医療被保険者用)

年 月 日

上板町長 様

申請者 住所
氏名

印

下記のとおり一部負担金を払いましたので、医療費等の支給を申請します。

受給者記入欄	受給者氏名					生年月日	年 月 日					
	住 所					受給者番号						
	加入保険等	老人保健受給者番号										
医	受 診 日	年 月 日から 年 月 日まで受診分				入院日数	日					
						外来日数	日					
療	区 分	入 院				入 院 外						
	診療報酬点数					点					点	
機	区	他法負担点数				点					点	
		保険者負担点数(高額療養費分除く)				点					点	
		一部負担金①(本人負担額)				円					円	
		入院時食事療養費に係る標準負担額②	受診日内の入院日数				円	1日当たり標準負担額				円
等	分	老人訪問看護療養費の総利用料③	受診日内の利用回数				円	基本利用料の単価				円
		※ 医療の給付に係る一部負担金を①の欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②の欄に、老人訪問看護療養費に係る基本利用料を③の欄にそれぞれ分けて記入してください。										
入	年 月 日											
	医療機関等所在地 名 称 代表者名											
町記入欄	本人負担額 A ①+②+③	(高額)療養費 負担額 B	付加給付額C	支給決定額 D [D=A-(B+C)]		受付年月日	年 月 日					
						決裁年月日	年 月 日					
						支給年月日	年 月 日					
	(高額)療養費の世帯合算及び付加給付金等の算定方法											

様式第8号 削除
 様式第9号(第13条関係)

様式第9号(第13条関係)

㊟ 重度心身障害者等医療費助成事由(被害)届			
医療保険証記号番号		氏名	年 月 日生
被害を 与えた者 (第三者)	住所 (居所)		
	氏名		
医療機関名		診療開始日	診療見込期間
被害の 状況			
<p>上記のとおり第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 (助成対象者との続柄) ㊟</p> <p>上板町長 様</p>			

様式第10号(別表第1, 別表第2関係)

様式第10号(別表第1, 別表第2関係)

証 明 書	
申 請 者 住 所	市 郡 町 村
申 請 者 氏 名	
医 師 等 の 診 断	診断(判定)
	年 月 日 医師等の氏名 ㊟
民 生 委 員 等 の 証 明	
	年 月 日 民生委員等の氏名 ㊟

知的障害児(者)の診断は、児童相談所長(知的障害者更生相談所長)によって行ってください。

様式第11号(別表第1関係)

様式第11号(別表第1関係)

証 明 書		(介護を要する2級 身体障害者 ㊦用)				
申請者住所	市 郡 町 村					
申請者氏名	年齢	歳	性別	障害等級	級	
医 師 の 診 断	次の1から7まで及びアからオまでについて裏面を参照の上該当するものに○を付けてください。					
	1 両眼の視力の和が0.02のもの 2 両上肢の機能の著しい障害を有するもの 3 両上肢の全ての指を欠くもの 4 両下肢の機能の著しい障害を有するもの 5 体幹の機能障害により坐居又は起立位を保つことが困難なもの 6 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの 7 前各号に掲げるもののほか、身体障害者障害程度等級表の2級に該当するものであって、その障害に長期にわたる安静を必要とする傷病が加わり前各号と同程度以上と認められる状態であるもの	3箇月以上にわたって、次のそれぞれの日常生活の動作について2分の1以上を他の介助によらなければ自らできないもの ア 食 事 イ 入 浴 ウ 排 便 エ 衣服の着脱 オ 室内外の移動 注 上記の動作は補装具を装着しない場合における状態によってください。ただし、視覚障害者を除く。				
	年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 氏 名 ㊦					
民生委員の意見	(日常生活の状況について記入してください。) 年 月 日 民 生 委 員 氏 名 ㊦					

注 太枠内は申請者で記入してください。

注意

1 この証明書は、重度心身障害者等医療費の助成対象者を認定するためのものです。

2 医師の証明(診断)は、次によってください。

(1) 『医師の診断』左欄について

ア 「1～6」各号は、身体障害者障害程度等級表の2級の全てではなくその一部について掲げたものです。

イ 「7」号に該当する者は、次の「1)～6)」までに掲げる障害を有する者であって、原則として3箇月以上にわたって安静を必要とする症状が継続すると確認(診断)される傷病が加わり「1～6」各号と同程度以上と認められる状態であるものをいいます。

傷病例(心臓、腎臓、呼吸器、肝臓、血液疾患及び負傷等)

- 1) 両眼の視力の和が0.03及び0.04のもの
- 2) 両耳の聴力損失がそれぞれ90デシベル以上のもの
- 3) 1上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの
- 4) 1上肢の機能を全廃したもの
- 5) 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの
- 6) 2以上の重複する障害があって、身体障害者障害程度等級表の2級に該当しているもの

(2) 『医師の診断』右欄について

「3箇月以上にわたって、次のそれぞれの日常生活の動作について2分の1以上を他の介助によらなければ自らできないもの」の判断基準は、次の各欄の1～3のいずれかに該当するものをいいます。

ア 食事	1 はしが使えない 2 自力で食べるが3分の1以上こぼす 3 上記の障害と同程度以上と認められるもの	エ 衣服の着脱	1 ひもは解けるが結べない 2 一部介助すれば脱げる(着れる) 3 上記の障害と同程度以上と認められるもの
イ 入浴	1 タオルがしぼれない 2 浴槽の出入りに介助がいる 3 上記の障害と同程度以上と認められるもの	オ 室内外の移動	1 手を引いてもらい(肩にもたれて)移動する 2 手すりつきの階段が上れない又は下りられない 3 上記の障害と同程度以上と認められるもの
ウ 排便	1 便所(便器)へ行けるが紙が使えない 2 介助されて便所(便器)へ行く 3 上記の障害と同程度以上と認められるもの		

様式第12号(別表第2関係)

様式第12号(別表第2関係)

所得制限対象者課税調査書(ひとり親家庭の父母等用)

ひとり親家庭等 医療費対象者	ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日	居住地(住所)		
配偶者	氏名	住所		
①扶養義務者	氏名 対象者との続柄	住所		
所得状況 扶養親族等控除	受給者の 所得状況	配偶者の 所得状況	①の扶養義務 者の所得状況	
②控除対象配偶者及び扶養 親族の合計数(うち老人 扶養親族の数)	人(人)	人(人)	人(人)	
③前年の所得額	円	円	円	
④ 控 除	雑 損	円	円	円
	医 療 費	円	円	円
	社 会 保 険 料	円	※ 円	※ 円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	障害者(特別障害者を 除く。)である控除対象 配偶者及び扶養親族の 合 計 数	人 円	人 円	人 円
	特別障害者である控除 対象配偶者及び扶養親 族 の 合 計 数	人 円	人 円	人 円
	障害者・特別障害者・ 老年者・寡婦・ 勤労学生の別	障,特障 寡, 勤 ※ 円	障,特障 老, 勤 ※ 円	障,特障寡, 老, 勤 ※ 円
	地方税法附則第6条第 1項又は租税特別措置 法第24条若しくは租税 特別措置法の一部を改 正する法律(昭和47年 法律第14号)附則第8 条の免除に係る所得額			
本年の災害・医療費	円 ※ 円	円 ※ 円	円 ※ 円	
※ 控除後の所得額	円	円	円	
※ 審 査				

○ この調査書は、ひとり親家庭等医療費医療証申請書に添付するものです。

○ ※印の欄は、記入しないでください。

様式第13号(別表第2関係)

様式第13号(別表第2関係)

配偶者が1年以上生死不明であることの確認願

年 月 日	
証 明 者	
_____ 様	
申立人住所	
氏名 _____ ㊟	
医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。	
記	
配偶者の氏名及び生年月日	年 月 日生
生死不明になっている期間	年 月 日から引き続き現在まで
生死不明になった当時の住所	
生死不明になった当時の状況	
そ の 後 の 経 過	
そ の 他 参 考 事 項	
確 証 認 明 欄 者	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p style="text-align: center;">上記の申立てが事実であることを確認します。</p> <p style="text-align: right;">証明者</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ ㊟</p> <p style="text-align: center;">申立人 _____ 様</p>

- 1 この願は、対象者の配偶者の生死が1年以上明らかでないことにより、医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求書を提出する場合に添付してください。
- 2 沈没した船舶に乗っていた場合、その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去った後3箇月以上父又は母の生死が明らかでないことにより、医療助成制度の認定請求書を提出する場合に警察署その他の官公署、関係会社等の証明書を添付してください。

様式第14号(別表第2関係)

様式第14号(別表第2関係)

配偶者が引き続き1年以上対象者を遺棄していることの確認願

年 月 日	
福祉事務所 民生・児童委員等 _____様 申立人住所 氏名 _____ ㊟	
医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。	
記	
父又は母の氏名及び生年月日	年 月 日生
遺棄されている期間	年 月 日から引き続き現在まで
遺棄された当時の住所	
遺棄された当時の状況	
その後の経過	
その他参考事項	
民生・児童委員等確認欄	_____様 申立人 民生・児童委員等住所 氏名 _____ ㊟
年 月 日	

この願は、配偶者が対象者を引き続き1年以上遺棄していることにより、医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求書を提出する場合に添付してください。

様式第15号(別表第2関係)

様式第15号(別表第2関係)

配偶者が海外にあるためその扶養
が受けられないことの確認願

年 月 日	
官 公 署 (民生児童委員)	
様	
申立人住所 氏名 ㊟	
医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求を行うために必要なので下記のとおり配偶者が海外にあるため、その扶養を受けることができないことを確認願います。	
記	
夫又は妻の氏名及び生年月日	年 月 日生
扶養を受けられなくなつた年月日	年 月 日から引き続き現在まで
扶養を受けることができない理由	
官公署等確認欄	<div style="text-align: right;">年 月 日</div> <p>上記の申立てが事実であることを確認します。</p> <p style="text-align: right;">官公署等 氏名 ㊟</p> <p>申立人 様</p>

この願は、医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求をする児童と父又は母が、児童の母又は父が海外にあるためその扶養を受けることができないときに提出してください。