

○乙部町重度心身障がい者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

昭和48年12月10日規則第3号

(趣旨)

第1条 この規則は、乙部町重度心身障がい者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例（昭和48年乙部町条例第16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3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額等)

第1条の2 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別表によるものとする。

(受給者証の交付申請)

第2条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書（別記様式第1号）又はひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書（別記様式第2号）を町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 重度心身障がい者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身障手帳又は同項第2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類又は同項第3号に規定する精神保健手帳
- (2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は養育している事実を明らかにすることができる書類
- (3) 条例第3条第3号又は同条第4号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類
- (4) 規則第2条第1項に規定する者（その属する世帯員全員が市町村民税非課税者に限る。）にあつては、世帯員全員が市町村民税非課税者であることを確認できる書類

3 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

4 町長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給者の決定)

第3条 町長は、条例第6条第1項により、受給資格者であることを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書（別記様式第3号）により、受給資格者であ

ることを承認しないことを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（別記様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第4条 条例第6条第1項の規定により、受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障がい者医療費受給者証（別記様式第5号）又はひとり親家庭等医療費受給者証（別記様式第6号）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、7月1日から7月31日までとする。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

（受給者証の再交付申請）

第5条 受給資格者は、受給者証を破損、汚損又は紛失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（別記様式第7号）を町長に提出してその再交付を受けることができる。

（一部負担金）

第6条 条例第2条第5項の規定による一部負担金は、次のとおりとする。

（1） 世帯員全員が市町村民税非課税者の場合又は受給者が満18歳に達した日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの者

初診時一部負担金（医科診療に係るときは初診1件につき580円、歯科診療に係るときは初診1件につき510円、柔道整復師に係るとき（乳幼児医療給付事業を除く。）は初診1件につき270円）

（2） 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年施行令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず57,600円とする。ただし、療養のあった月に属する世帯の受給者に対し、当該療養のあった月以前の12月以内に既に月間の高額療養費に相当する額が支給されている月数が3月以上ある場合については、44,400円とする。また令第14条第2項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第3項の規定にかかわらず18,000円とする。

(3) 令第14条の2の規定により、計算期間（毎年8月1日から翌年7月31日までの期間）の末日において、計算期間における第6条の算定による受給者負担額の合算が高額療養費算定基準額を超える場合、年間の高額療養費に相当する額を受給者に支給するものとする。なお、同条の年間の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第8項の規定により144,000円とする。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第6条の2 前条第2号の場合であって受給者が条例第2条第6項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

(助成金の交付申請)

第7条 受給資格者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費支給申請書（別記様式第8号）を町長に提出するものとする。

(条例第4条第2項に規定する額等)

第7条の2 条例第4条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第3項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）に規定する額とする。

(助成金の交付の決定)

第8条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（別記様式第9号）により、当該申請者に通知するものとする。

(届出)

第9条 条例第9条第1項第1号の規定による届出は、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給者住所等変更届（別記様式第10号）により、同第2号の規定による届出は、重度心身障がい者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（別記様式第11号）により行うものとし、当該届書には受給者証を添付するものとする。

附 則

この規則は、昭和48年10月1日から施行する。

附 則（昭和54年1月1日規則第1号）

この規則は、昭和54年1月1日から施行する。

附 則（昭和58年1月28日規則第2号）

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則（昭和62年 3 月16日規則第 1 号）

この規則は、昭和62年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 6 年12月26日規則第28号）

この規則は、平成 7 年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成11年 9 月28日規則第15号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成14年 3 月30日規則第 4 号）

この規則は、平成13年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 1 条の 2 及び第 2 条の規定は、平成13年10月 1 日から施行する。

附 則（平成14年 9 月30日規則第18号）

この規則は、平成14年10月 1 日から施行する。

附 則（平成16年 9 月30日規則第14号）

この規則は、平成16年10月 1 日から施行する。

附 則（平成17年 9 月30日規則第30号）

この規則は、平成17年10月 1 日から施行する。

附 則（平成18年 9 月29日規則第18号）

この規則は、平成18年10月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 3 月26日規則第 2 号）

この規則は、平成20年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 6 月23日規則第 5 号）

この規則は、平成20年10月 1 日から施行する。

附 則（平成20年12月25日規則第12号）

この規則は、平成21年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成24年 3 月22日規則第 6 号）

（施行期日）

この規則は、平成24年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成29年10月 1 日規則第 8 号）

この規則は、平成29年10月 1 日から施行し、平成29年 8 月 1 日から適用する。

附 則（平成30年 9 月 1 日規則第10号）

この規則は、平成30年 9 月 1 日から施行し、平成30年 8 月 1 日から適用する。

附 則（令和 5 年 6 月 30 日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行し、令和 5 年 8 月 1 日から適用する。

附 則（令和 6 年 11 月 28 日規則第17号）

この規則は、令和 6 年 12 月 2 日から施行する。

別表（第 1 条の 2 関係）

所得の額	(1) 条例第 3 条第 3 号に規定する所得の額は、前年の所得（1 月から 7 月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。以下同じ。）とし、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号）第 8 条第 1 項において準用する同令第 2 条第 2 項に定める額とする。 (2) 条例第 3 条第 4 号に規定する所得の額は、前年の所得とし、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第 2 条の 4 第 3 項に定める額とする。
所得の範囲	(1) 条例第 3 条第 3 号に該当する場合にあっては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第 8 条第 2 項において準用する同令第 4 条の規定によるものとする。 (2) 条例第 3 条第 4 号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第 9 条第 2 項並びに児童扶養手当法施行令第 2 条の 4 第 3 項及び第 3 条第 1 項の規定によるものとする。
所得の額の計算方法	(1) 条例第 3 条第 3 号に該当する場合にあっては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第 8 条第 3 項において準用する同令第 5 条の規定によるものとする。 (2) 条例第 3 条第 4 号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法施行令第 4 条第 1 項及び同条第 2 項の規定によるものとする。

別記様式第1号 (第2条第1項関係)

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

乙部町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

対象者との続柄 本人・配偶者・子・他 ()

電話番号 () -

下記のとおり重度心身障がい者医療費受給者証の交付を申請します。

記

※ 受給者番号				
申 請 内 容	対象者の状況	フリガナ	住所	
		対 象 者		
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	世帯主	個人番号		
		フリガナ	住所	
		対象者との続柄	本人・配偶者・子・他 ()	
受給資格要件の状況	身体障害者手帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 日号	身体障がいの等級 級	
	知能指数の判定	療 育 帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 日号	判 定 A ・ B
		判 定 (診 断)	判定(診断)年月日 年 月 日 判定(診断)機関名	総 合 判 定 (診 断) 重度・中度・軽度
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日 年 月 日 番 号 第 日号	精神障がいの等級 級	
	医療保険	種 別	政・組・日・船・共・国・後 記号 番号	附加 有 ・ 無 給付
被保険者 (世帯主)		医療受給者証番号	資格取得 年月日	
※ 添付書類		□健康保険の資格確認書等のコピー、□身障手帳コピー、□課税所得証明、□住民票、□入院申立書 (添付はレ印、別館認認済の省略は赤色)		
※ 決定欄	課長	補佐	係長 係 決定 年月日 年 月 日	
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。			
	2 次の理由により上記申請を却下する。			
却下理由				

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

別記様式第2号 (第2条第1項関係)
ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

乙部町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
対象者との続柄

下記のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

記

※受給者番号						
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	父・母・子の別	父・母	子		
		フリガナ				
	対 象 者					
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
	個 人 番 号					
	申請者との続柄					
	同居・別居	同 居 別 居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
		別 居 地				
		別居の理由				
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	父 母 の 状 況	氏 名	父		母
状 況			生存 死亡	年 月 日	生存 死亡	年 月 日
ひとり親家庭等 となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄、拘禁、配偶者の の傷害、両親の死亡、両親の行方不明、その 他			発生年月日	
医 療 保 険		種 別	政・組・日・船・共・国	記号 番号	附加 給付	有・無
		被保険者 (世帯主)		保険者名		
添 付 書 類						
※ 決 定 欄	課長		係長		係	
			合議		決 定	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。					
却下 理由						

(注) 申請書は、※欄は記入しないでください。

別記様式第3号（第3条関係）

記 号 番 号
年 月 日

様

乙部町長

重度心身障がい者 医療費受給者証〔交付〕
ひとり親家庭等 〔再交付〕 通知書

年 月 日付けで申請のありました重度心身障がい者医療費受給者証〔交付〕、ひとり親家庭等医療費〔再交付〕申請については、別添重度心身障がい者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。

別記様式第4号（第3条関係）

記 号 番 号
年 月 日

様

乙部町長

重度心身障がい者 医療費受給者証交付申請却下通知書
ひとり親家庭等

年 月 日付けで申請のありました重度心身障がい者医療費受給者証交付申請・ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、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）

別記様式第5号（第4条第1項関係）
その1

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 障初 </div>		重度心身障がい者医療費受給者証			
		公費負担者 番号		受給者 番号	
受給者	住所				
	氏名				
	生年月日				
有効期限		年	月	日から	
		年	月	日まで	
発行機関 名及び印		乙 部 町			
交付年月日		年	月	日	

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払って（負担して）ください。	
① 医療受診の場合	580円
② 歯科受診の場合	510円
③ 柔道整復受療の場合	270円
④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)
2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。	
3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。	
4 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。	
5 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。	
6 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、速やかに町長に返してください。	
7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。	
【保険医療機関等の皆様へ】 ①公費「45」・「46」が記載されている場合 公費「45」・「48」の併用で請求してください。	

その2

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 障限 </div>		重度心身障がい者医療費受給者証			
		公費負担者 番号		受給者 番号	
受給者	住所				
	氏名				
	生年月日				
有効期限		年	月	日から	
		年	月	日まで	
発行機関 名及び印		乙 部 町			
交付年月日		年	月	日	

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を支払って（負担して）ください。 ただし、月の負担上限額は次のとおりです。 入院：57,000円 (ただし、過去12ヶ月以内に上限額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。) 通院：10,000円	
2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。	
3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。	
4 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。	
5 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。	
6 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、速やかに町長に返してください。	
7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。	

その3

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 0 auto; width: 150px;"> 重度心身障がい者医療費受給者証 </div>				
		公費負担者 番号	受給者 番号	
受給者	住所			
	氏名			
	生年月日			
有効期限		年	月	日から
		年	月	日まで
発行機関 名及び印	乙 部 町			
交付年月日		年	月	日

注 意 事 項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払って（負担して）ください。
 - ① 医療受診の場合 580円
 - ② 歯科受診の場合 510円
 - ③ 柔道整復受療の場合 270円
 - ④ 訪問看護の場合 診療費の1割に相当する額
(ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて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、速やかに町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。

その4

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老眼</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 0 auto; width: 150px;"> 重度心身障がい者医療費受給者証 </div>				
		公費負担者 番号	受給者 番号	
受給者	住所			
	氏名			
	生年月日			
有効期限		年	月	日から
		年	月	日まで
発行機関 名及び印	乙 部 町			
交付年月日		年	月	日

注 意 事 項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を支払って（負担して）ください。
ただし、月の負担上限額は次のとおりです。
入院：57,000円
(ただし、過去12ヶ月以内に上限額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。)
通院：18,000円
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療保険の資格確認書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて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、速やかに町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。

別記様式第6号（第4条第1項関係）
その1

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">親初</div>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
		公費負担者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	【入院・指定訪問看護のみ対象】
発行機関 名及び印	乙 部 町		
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払って（負担して）ください。</p> <p>① 医療受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 510円 ③ 柔道整復受療の場合 270円 ④ 訪問看護の場合 診療費の1割に相当する額 （ただし、月の負担上限額は8,000円とする。）</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療機関の資格補綴書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 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>6 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、速やかに町長に返してください。</p> <p>7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。</p> <p>【保険医療機関等の皆様へ】 ①公費「93」・「94」が記載されている場合 公費「93」・「94」の併用で請求してください。</p>	

その2

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">親親</div>		ひとり親家庭等医療費受給者証	
		公費負担者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	【入院・指定訪問看護のみ対象】
発行機関 名及び印	乙 部 町		
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を支払って（負担して）ください。 ただし、月の負担上限額は次のとおりです。 入院：57,000円 （ただし、過去12ヶ月以内に上限額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。） 通院：10,000円</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カード又は医療機関の資格補綴書等による確認を受けるとともにこの証を必ず窓口に出し出すしてください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 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>6 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、速やかに町長に返してください。</p> <p>7 不正にこの証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。</p>	

別記様式第7号 (第5条関係)

重度心身障がい者
ひとり親家庭等

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

乙部町長 様

住 所

申請者 氏 名 印

受給者との続柄

下記の理由により重度心身障がい者医療費受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 者	受 給 者	氏 名		受給者 番 号							
		住 所									
内 容	再 交 付 の 理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 []									
	※	課長		係長		係		合議		決 定 年 月 日	年 月 日
決 定 欄		1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。									
		却 理	下 由								

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

別記様式第8号 (第7条関係)

重度心身障がい者
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

乙部町長 様

住 所
申請者 氏 名
受給者との続柄 印

重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申 請 者	受給者番号			医療保険 記号・番号			
	住所						
	氏名			生年月日	年 月 日		
医 療 を 受 け た 病 院 等	名称						
	所在地						
内 容	診療の内容	入院別 入院外	入院・入院外	療養の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
	発病の 原因			療養日数	月 (日)		
	療養に用 した費用	円					
医 療 費 の 支 払 方 法	1 現金払	金 融 機 関 名	銀行 支店				
	2 口座払	口座番号	口座番号	名義人			
※	課長	係長	係	合議	決 定 年 月 日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。						
決 定 欄	支給 決定	総医療費	保険給付額	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	初 診 時 一部負担金	支給決定額
	却下 理由						

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

記 号 番 号
年 月 日

様

乙部町長

重度心身障がい者 医療費支給決定通知書
ひとり親家庭等

年 月 日付けで申請のありました重度心身障がい者医療支給申請・ひとり親家庭等医療費支給申請については、次のとおり支給額を決定しましたので通知します。

記

1 支給決定額 円

2 支払年月日 年 月 日

3 支払場所

別記様式第10号 (第9条関係)

重度心身障がい者
ひとり親家庭等

医療費受給者住所等変更届

年 月 日

乙部町長

様

申請者 住 所

氏 名



対象者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受 給 者 名		受給者証 記号・番号					
	住 所	新						変更 年 月 日
		旧						
	氏 名	新						変更 年 月 日
		旧						
	保 険 者	新	保 険 者 名	記号 番号		付 加 給 付	有・無	
旧				有・無				
新		被保険者 (世帯主) の氏名						
旧								
高齢者の医療の 確保に関する法律		被保険者番号		資格取得 年 月 日		年 月 日		
※ 処 理 欄	課長	補佐	係長	係	処 理 年 月 日		年 月 日	
	上記届出により次のとおり処理する。							
	新受給者証 記号・番号							
	変 更 年 月 日	年 月 日	台帳整理	未・済	払出簿 整 理	未・済	受給者証 訂 正 (回収)	未・済

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。

別記様式第11号 (第9条関係)

重度心身障がい者 医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

乙部町長 様

住 所

届出者 氏 名 印

受給者との続柄

下記の理由により重度心身障がい者医療費受給資格・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届	受給者	氏 名		受給者番号						
		住 所								
出	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出								
		2 被用者保険本人に変更								
内	理由	3 生活保護の受給開始								
		4 死 亡								
容	理由	5 その他 ()								
		発生年月日	年 月 日							
※決定欄	課長		係長		係		合議		決定年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。									
	資格喪失年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証回収	未・済		

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。