

○木曾岬町福祉医療費の助成に関する条例施行規則

平成13年7月4日

規則第18号

改正 平成14年4月1日規則第7号

平成15年3月19日規則第8号

平成17年10月3日規則第6号

平成20年6月18日規則第9号

平成20年6月19日規則第10号

平成23年11月14日規則第17号

平成24年9月24日規則第7号

平成25年3月27日規則第4号

平成26年3月28日規則第7号

平成28年3月31日規則第9号

平成28年8月1日規則第10号

(趣旨)

第1条 この規則は、木曾岬町福祉医療費の助成に関する条例(平成13年木曾岬町条例第13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。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条第6項の規定による社会保険各法は、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(所得の制限)

第3条 条例第3条第4号に規定する所得の制限を超えない者は、次の各号の場合に該当しない者とする。

- (1) 障がい者については、次のア又はイのいずれかに該当する場合

- ア 本人の前年の所得(1月から8月までの間に受けた医療に係る福祉医療費については前々年の所得とする。以下同じ。)が、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、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7条に定める額以上であるとき
 - イ 配偶者又は民法(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その障がい者の生計を維持する者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、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1項において準用する同令第2条第2項に定める額以上であるとき
- (2) 一人親家庭等の母又は父及び児童については、次のア又はイのいずれかに該当する場合
- ア 一人親家庭等の母、父又は18歳未満児にあっては、その者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、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2項に定める額以上であるとき
 - イ 一人親家庭等の母又は父の配偶者、父母のない18歳未満児を現に扶養している者及び民法に定める扶養義務者で主としてその一人親家庭等の生計を維持する者にあつては、その者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、児童扶養手当法施行令第2条の4第7項に定める額以上であるとき
- (3) 子どもについては、保護者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第1条の規定により定める額以上であるとき
- 2 前項各号の所得の範囲及びその算定方法は、第1号については特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令、第2号については児童扶養手当法施行令、第3号については児童手当法施行令の規定による。

(受給資格の認定及び更新)

第4条 条例第4条第1項の規定による受給資格の認定又は更新の申請は、福祉医療費受給資格認定(更新)申請書(様式第1号)により行うものとする。

2 町長は、前項の規定による認定又は更新をしたときは、当該認定又は更新を受けた受給資格者に様式第2号による福祉医療費受給資格証(以下「受給資格証」という。)を交付するものとする。

(受給資格証の有効期間)

第5条 受給資格証の有効期間の始期及び終期は、次の各号に定めるところによる。ただし、やむを得ない事情がある場合においては、この限りでない。

(1) 有効期間の始期は、次のア、イ、ウ、エによる。

ア 毎年9月1日。ただし、新たに対象者として認定された場合は、次のイ、ウによる。

イ 新たに対象者と認定された場合において、条例第3条による対象者としての要件に該当した日(以下「要件の該当日」という。)から1月以内に認定したときは、要件の該当日。ただし、障がい者については対象者となる事実を確認した日から1月以内に認定したときは事実が発生した日の属する月の初日

ウ 新たに対象者と認定された場合において、要件の該当日から1月を超えて認定したときは、認定した日の属する月の初日

エ イ、ウ以外の事由により、対象者としての要件に該当した場合は、当該要件の該当日

(2) 有効期間の終期は、次のア、イによる。

ア 毎年8月31日。ただし、9月1日から翌年8月31日までに対象者としての要件に該当しなくなる場合は、次のイによる。

イ 9月1日から翌年8月31日までに対象者としての要件に該当しなくなる場合は、対象者としての要件に該当しなくなる日の前日。

(受給資格証の更新及び返還)

第6条 町長は、対象者の受給資格証の有効期間が満了する場合において、対象者が引き続き助成を受けることが適当であると認めるときは、受給資格証の更新をすることができる。

2 町長は、前項の場合において、更新をすることが適当でないとき、又は対象者の要件に該当しなくなったと認めるときは、福祉医療費受給資格欠格事由

(却下通知)書(様式第3号)を、対象者に送付する。

- 3 対象者又は保護者等は、福祉医療費受給資格欠格事由(却下通知)書が送付されたときは、当該受給資格証を直ちに町長に返還しなければならない。

(受給資格証の再交付申請)

第7条 受給資格者又は保護者等は、受給資格証を破り、汚し、又は失ったときは、福祉医療費受給資格証再交付申請書(様式第4号)を、破り、又は汚した受給資格証を添えて、町長に提出し、再交付を受けることができる。

- 2 受給資格者又は保護者等は、受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは直ちに、これを町長に返還しなければならない。

(助成の申請)

第8条 条例第8条第1項の規定による福祉医療費及び証明書料の助成の申請は、様式第5号による木曾岬町福祉医療費助成申請書(以下「申請書」という。)に、受給資格証、医療機関等の発行する医療費証明書及びその他町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、条例第7条の規定により受給資格証の提示を受けた保険医療機関が福祉医療費及び証明書料に係る内容を記載した様式第6号による福祉医療費領収証明書(以下「領収証明書」という。)又は様式第7号による福祉医療費領収証明一覧表(以下「一覧表」という。)を木曾岬町長に対し提出したとき(当該保険医療機関が、領収証明書又は一覧表を木曾岬町長から事務処理を委託された三重県国民健康保険団体連合会に対し提出した場合を含む)は、対象者から申請があったものとみなす。

- 3 前2項の規定にかかわらず、対象者のうち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。)による医療の給付を受ける者にあつては、木曾岬町長がこれによることが適当と認める高確法第48条により設立された三重県後期高齢者医療広域連合の作成する帳票により助成をするものとする。

- 4 前3項の規定にかかわらず、対象者が町長に母子保健法施行規則(昭和40年厚生省令第55号)第9条第1項に規定する養育医療の申請をした場合において、町長が該当療育医療の給付を行うことを決定したときは、第1項の申請が受給者からあつたも

のとみなす。

(証明書料)

第9条 条例第6条に規定する規則で定める額は、申請書又は領収証明書1枚(以下「1枚」という。)につき200円を超えない範囲の実費の額又は1枚につき200円を超える場合は200円とする。ただし、町長と郡市医師会長等との協定に基づき、医療機関が領収証明書の交付に要する費用を対象者から直接徴収しない場合にあつては、1枚につき200円(一覧表の提出による申請の場合は、同一人につき4件を限度として200円)を郡市医師会等又は医療機関に交付することにより対象者に対する助成にかえるものとする。

(助成の決定及び決定通知)

第10条 条例第9条の規定による助成額の決定の通知は、福祉医療費決定通知書(様式第8号)とする。ただし、同条による助成の申請について却下の決定をしたときは、福祉医療費助成申請却下決定通知書(様式第9号)により行うものとする。

第10条の2 町長は、第8条の第4項に規定する場合において、木曾岬町未熟児養育医療給付実施要綱(平成25年木曾岬町告示第16号)第11条の規定により、対象者が木曾岬町に助成すべき額の受領を委託したときは、当該委任に基づき支払手続を行うことができる。

(届出事項等)

第11条 条例第10条に規定する規則で定める事項は、氏名、住所、加入医療保険、所得、振込口座及び町長が必要と認める事項とし、これらの事項の変更に係る届出は、福祉医療費受給資格変更届(様式第10号)によって行うものとする。

2 条例第10条に規定する受給資格を失ったときの届出は、福祉医療費受給資格喪失届(様式第11号)によって行うものとする。ただし、資格喪失の事由が死亡のときは、戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定による届出義務者が行わなければならない。

3 前2項の届出には、受給資格証を添えなければならない。ただし、受給資格証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資格証にかえることができる。

(第三者の行為による被害)

第12条 条例第11条に規定する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、第三者の行為による被害届(様式第12号)によってしなければならない。

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、福祉医療費の助成に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

- 1 この規則は、平成13年9月1日から施行する。
- 2 木曾岬町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則(昭和56年木曾岬村規則第2号)、木曾岬町母子家庭医療費の助成に関する条例施行規則(昭和52年木曾岬村規則第1号)、木曾岬町乳幼児医療費助成に関する条例施行規則(昭和56年木曾岬村規則第1号)及び木曾岬町老人医療費の助成に関する条例施行規則(平成2年木曾岬町規則第3号)は、平成13年8月31日をもって廃止する。
- 3 平成13年8月31日までの医療に関する給付にかかる医療費については、前項に掲げる廃止された規則の規定による。

附 則(平成14年規則第7号)

- 1 この規則は、平成14年4月1日から施行する。
- 2 平成14年3月31日までの診療にかかる医療費については、なお従前の例による。

附 則(平成15年規則第8号)

- 1 この規則は、平成15年4月1日から施行する。
- 2 平成15年3月31日までの診療にかかる医療費については、なお従前の例による。

附 則(平成17年規則第6号)

この規則は、平成17年9月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第9号)

この規則は、公布の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則(平成20年規則第10号)

この規則は、平成20年9月1日から施行する。

附 則(平成23年規則第17号)

この規則は、公布の日から施行し、平成21年9月1日から適用する。

附 則(平成24年規則第7号)

この規則は公布の日から施行し、平成24年9月1日から適用する。

附 則(平成25年規則第4号)

この規則は、平成25年4月1日より施行する。

附 則(平成26年規則第7号)

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成28年規則第9号)

(施行期日)

- 1 この規則は、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の施行の日(平成28年4月1日)から施行する。

(経過措置)

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であつてこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第2条の規定による改正前の木曾岬町情報公開条例施行規則、第3条の規定による改正前の木曾岬町個人情報保護条例施行規則、第5条の規定による改正前の木曾岬町放置自動車の発生の防止及び適正な処理に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の木曾岬町新築住宅等に対する固定資産税の減免に関する条例施行規則、第7条の規定による改正前の木曾岬町福祉医療費の助成に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の木曾岬町保育所の利用の手続に関する規則、第9条の規定による改正前の木曾岬町子ども手当事務処理規則、第10条の規定による改正前の木曾岬町老人福祉法施行細則、第11条の規定による改正前の木曾岬町老人医療事務取扱細則、第12条の規定による改正前の木曾岬町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施行細則、第13条の規定による改正前の木曾岬町障害児通所給付費等の支給に関する規則、第14条の規定による改正前の木曾岬町身体障害者福祉法施行細則、第15条の規定による改正前の木曾岬町知的障害者福祉法施行細則、第16条の規定による改正前の木曾

岬町介護保険条例施行規則、第17条の規定による改正前の木曾岬町あき地等に繁茂した雑草の除去に関する条例施行規則、第18条の規定による改正前の木曾岬町環境美化条例施行規則及び第19条の規定による改正前の木曾岬町公共下水道事業受益者負担に関する条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成28年規則第10号)

この規則は、平成28年8月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書・変更届・喪失届

(種別) 1 障がい者（一般・65心障） 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他（ ）	(申請理由) 番号に○印をつけてください。 ○資格取得 1.出生 2.転入 3.年齢到達 4.手帳等取得 5.父母の離婚・死亡 6.その他（ ） ○届出事項変更 1.氏名 2.住所 3.保険証 4.保護者等 5.振込先 6.その他（ ） ○資格喪失 1.死亡 2.転出 3.その他（ ）
--	---

○届出事由発生年月日 年 月 日
 ○認定を受ける期間（受給資格証の有効期間）
 年 月 日 から 年 月 日 まで
 (届 出) (変 更 前)

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			

保護者等	氏名			
	住所			

保険証の内容	被保険者	氏名			
		住所			
	加入日	年 月 日	年 月 日		
	記号番号				
	発行機関	名称	保険者番号（ ）	保険者番号（ ）	
所在地					

振込口座	銀行 信用金庫 農協		支店 支所	銀行 信用金庫 農協		支店 支所
	1. 普通（総合）		2. 当座	1. 普通（総合）		2. 当座
	口座番号		口座番号			
	口座名義人 カナ氏名		口座名義人 カナ氏名			

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
 なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）及び所得状況等の必要事項を調査されることを承諾します。

年 月 日

木曾岬町長 様 (助成を受ける方又は保護者等)
 住 所
 氏 名 印

様式第2号(第4条関係)

(表)

木曾岬町福祉医療費受給資格証	
1 障がい者	2 一人親家庭等
3 子ども	4 その他
受給資格証番	
受給資格者	
住所	
保護者等氏フリガナ	
氏名	性別 男・女
生年月日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名	三重県桑名郡木曾岬町大字西対海地251番地 三重県桑名郡木曾岬町長
交付年月日	年 月 日

(裏)

注 意 事 項

- この証は、福祉医療費の助成に関する条例により助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- 診療等を受けるときは、毎月1回必ず医療保険証と共に医療機関の窓口へ提示してください。
- 医療費の助成の取り扱いは、
①受診した医療機関が受給資格者の領収証明書取扱医療機関である場合は、窓口への本証の提示によりその後の手続きは医療機関を通じて行われます。
②上記①によらないときは、医療機関により発行された領収書を添付して役場住民課へ申請してください。
- 保険給付の対象にならない医療費は、助成の対象となりません。
- この証を汚したり、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時又は転出・死亡等により受給資格を失ったときは速やかに役場住民課に返してください。
- 住所、加入している医療保険及び振込口座等に変更があったときは、役場住民課に届け出てください。

問い合わせ先 木曾岬町役場 住民課
電話0567-68-6103

様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

（受給資格者の住所・氏名） 様
（保護者等の住所・氏名） 様

木曾岬町長

福祉医療費受給資格欠格事由（却下通知）書

（種別）

- 1 障がい者（一般・65心障）
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他（ ）

医療費助成申請の対象者 _____

上記の者にかかる医療費助成のための受給資格につきましては、審査の結果、下記の理由により該当となりませんから通知します。

なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に木曾岬町長に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に木曾岬町を被告として（訴訟において木曾岬町を代表するものは木曾岬町長となります。）、提起することができます。

理 由	<input type="checkbox"/> 町の区域内に住所を有しない。 <input type="checkbox"/> 医療保険による給付の対象でない。 <input type="checkbox"/> 種別対象者に該当しない。 <input type="checkbox"/> 本人又は保護者等の所得が所得制限額を超える。 <input type="checkbox"/> その他
-----	--

様式第4号(第7条関係)

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

木曾岬町長 様

住所

申請者 氏名
(保護者等) 電話

破損
受給資格証を下記の理由により汚損したので、再交付の申請をします。
亡失

なお、受給資格証の再交付を受けた後、以前の受給資格証を発見したときは直ちに返還
します。

記

(理由)

対象者の氏名	
受給資格証番号	

様式第5号(第8条関係)

福祉医療費領収証明書				
木曾岬町長 様 1 障がい者 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他 ¹ (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人) 5 その他 ² (津市一妊産婦・精神障害者 御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦) ※該当する番号を○で囲んでください。		(福祉医療費助成申請書) (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費 の交付を申請します。 平成 年 月 日		
		住所 〒		
		氏 名		
		市 町 コ ー ド		
受 給 資 格 証 番 号	氏 名	性 別	生 年 月 日	
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平 年 月 日	
医療費証明書(第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診 療 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※ ¹ 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ 長 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ 長 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※ ² 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※ ³ 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			
上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。				
医療機関コード		平成 年 月 日		
所在地		印		
医療機関等				
開設者氏名				
電話番号				

※1一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

様式第6号(第8条関係)

福祉医療費領収証明書				
木曾岬町長 様		(福祉医療費助成申請書) (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。 平成 年 月 日 住 所 〒 氏 名		
1 障がい者 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他1(伊勢市一寡婦、紀宝町一老人) 5 その他2(津市一妊産婦・精神障害者御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦) ※該当する番号を○で囲んでください。	市 町 コー ド			
受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日	
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平 年 月 日	
医療費証明書(第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診 療 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一部負担割合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数(額)	(円)点	(円)点	(円)点	(円)点
※1 一部負担額	円	円	円	円
公費・ <u>(長)</u> 区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・ <u>(長)</u> 一部負担額	円	円	円	円
食 事 療 養	保険請求分	円	円	円
	標準負担分	円	円	円
	公費請求分	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円
処方せん発行区分	有・無	有・無	有・無	有・無
※2	処方せん発行医療機関番号			
※3	処方せん発行医療機関名称			
証 明 書 料	円			
上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。				
医療機関コード	<input type="text"/>	平成	年	月 日
医療機関等	所在地〒 名称 開設者氏名 電話番号			印

※1一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

領 収 証 明 一 覧 表

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町コード	助成種別	受給資格証番号	氏名	性別	生年月日	診療年月	一部負担割合	入院日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・長尺区分	公費請求点数(額)	公費・長一部負担額	人 延 時 食 事 療 養 費				地方せん発行区分	備考
														保険請求分	標準負担分	公費請求分	公費標準負担分		

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたものみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日	
医療機関コード	
所在地	〒 ー
名称	
開設者氏名	⑩
電話番号	ー ー

領 収 証 明 一 覧 表

(保険薬局用)

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療年月	一部 負担 割合	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・長 区区分	公費請求点数(個)	公費・長 一部負担額	処方せん 発行区分	処方せん発行 医療機関番号	処方せん発行 医療機関名称	備考

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたものみレセプトの一部負担金額を記入してください。 保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

	平成	年	月	日														
医療機関等	医療機関コード																	
	所在地	〒 —																
	名称																	
	開設者氏名																	
電話番号	— —																	

〇〇〇医療費助成決定通知書

三重県桑名郡木曾岬町長

〒123-4567

住所

氏名

()

さきに申請(医療機関による領収証明書の提出)のありました福祉医療費助成金について、審査の結果、右記のとおり決定しましたので、木曾岬町福祉医療費の助成に関する条例施行規則第10条の規定により通知します。

なお、この決定に不服があるときには、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に木曾岬町長に対して審査請求することができます。

また、処分取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に木曾岬町を被告として(訴訟において木曾岬町を代表するものは木曾岬町長となります。)、提起することができます。

木曾岬町 住民課
電話 68-6103

年 月 日

決定しました助成金は、あなたのお申出の
下記口座へ振替の手続きをしました。

銀行名	口座番号

個人情報保護のため、口座番号を省略させていただきます。

名義人

※預金口座を解約されたときは、至急お知らせ下さい。

本人氏名

診療年月	医療機関名・診療科名	助成金額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
件数	件	助成決定額
		円

様式第8号(その2)(第10条関係)

<p>(医療機関) 様</p> <p style="text-align: center;">福祉医療費決定通知書 (医療費事務手数料支払通知書)</p> <p>時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。 平素より医療費助成制度につきましては、深い御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。 さて、医療費事務手数料につきまして、表記のとおりお申し出の口座へ振込みましたので、通知します。</p> <p>※預金口座を解約したときは至急お知らせ下さい。</p> <p style="text-align: center;">(住 所) (市 村 担 当 課 名) (電 話 番 号)</p>	<p style="text-align: center;">郵便はがき</p> <p style="text-align: center;">□□□□ - □□□□□□</p> <p style="text-align: center;">_____様</p> <p style="text-align: right;">医療費事務手数料支払額</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">件 数(件)</th> <th style="width: 60%;">金 額(円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>障がい者</td> <td></td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">/</td> </tr> <tr> <td>一人親家庭等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>子ども</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小 計</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>郵 送 料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区 分	件 数(件)	金 額(円)	障がい者		/	一人親家庭等		子ども		その他		小 計			郵 送 料			合 計		
区 分	件 数(件)	金 額(円)																				
障がい者		/																				
一人親家庭等																						
子ども																						
その他																						
小 計																						
郵 送 料																						
合 計																						

様式第9号（第10条関係）

第 号
年 月 日

(受給資格者の住所・氏名) 様
(保護者等の住所・氏名) 様

木曾岬町長

福祉医療費助成申請却下決定通知書

(種別)

- 1 障がい者（一般・65心障）
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他（ ）

医療費助成申請の対象者 _____

上記の者にかかる医療費助成申請につきましては、審査の結果、下記の理由により助成できませんから通知します。

なお、この決定に不服があるときには、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に木曾岬町長に対して審査請求することができます。

また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に木曾岬町を被告として（訴訟において木曾岬町を代表するものは木曾岬町長となります。）、提起することができます。

番号	診療年月	医療機関の名称	診療科	区分	証明点数等
1	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
2	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
3	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
4	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
5	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)

(注) 証明点数等欄の単位は、医科・歯科・調剤薬局は点とし、それ以外は円とする。

理由				
	<input type="checkbox"/> 資格取得前の医療費の申請	該当番号	・	・
	<input type="checkbox"/> 資格喪失後の医療費の申請	該当番号	・	・
	<input type="checkbox"/> 同月内の重複申請	該当番号	・	・
	<input type="checkbox"/> 医療費助成済	該当番号	・	・
	<input type="checkbox"/> 本人負担金（助成限度額）以下	該当番号	・	・
	<input type="checkbox"/> その他	-----	該当番号	・

様式第10号（第11条関係）

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書・変更届・喪失届

(種別) 1 障がい者（一般・65心障） 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他（ ）	(申請理由) 番号に○印をつけてください。 ○資格取得 1.出生 2.転入 3.年齢到達 4.手帳等取得 5.父母の離婚・死亡 6.その他（ ） ○届出事項変更 1.氏名 2.住所 3.保険証 4.保護者等 5.振込先 6.その他（ ） ○資格喪失 1.死亡 2.転出 3.その他（ ）
--	---

○届出事由発生年月日 年 月 日
 ○認定を受ける期間（受給資格証の有効期間）
 年 月 日 から 年 月 日 まで
 (届 出) (変 更 前)

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			

保護者等	氏名	
	住所	

保険証の内容	被保険者	氏名	
		住所	
		加入日	年 月 日
		記号番号	
	発行機関	名称	保険者番号（ ）
	所在地	保険者番号（ ）	

振込口座		銀行 信用金庫 農協	支店 支所	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
		1. 普通（総合）	2. 当座	1. 普通（総合）	2. 当座
		口座番号		口座番号	
		口座名義人 カナ氏名		口座名義人 カナ氏名	

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
 なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）及び所得状況等の必要事項を調査されることを承諾します。

年 月 日

木曾岬町長 様 (助成を受ける方又は保護者等)
 住 所
 氏 名 印

様式第11号 (第11条関係)

福祉医療費受給資格認定 (更新) 申請書・変更届・喪失届

(種別) 1 障がい者 (一般・65心障) 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他 ()	(申請理由) 番号に○印をつけてください。 ○資格取得 1. 出生 2. 転入 3. 年齢到達 4. 手帳等取得 5. 父母の離婚・死亡 6. その他 () ○届出事項変更 1. 氏名 2. 住所 3. 保険証 4. 保護者等 5. 振込先 6. その他 () ○資格喪失 1. 死亡 2. 転出 3. その他 ()
--	---

○届出事由発生年月日 年 月 日
 ○認定を受ける期間 (受給資格証の有効期間)
 年 月 日 から 年 月 日 まで
 (届 出) (変 更 前)

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			

保護者等	氏名			
	住所			

保険証の内容	被保険者	氏名		
		住所		
		加入日	年 月 日	年 月 日
		記号番号		
	発行機関	名称	保険者番号 ()	保険者番号 ()
	所在地			

振込口座		銀行 信用金庫 農協	支店 支所	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
		1. 普通 (総合)	2. 当座	1. 普通 (総合)	2. 当座
		口座番号			口座番号
		口座名義人 カナ氏名			口座名義人 カナ氏名

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。

なお、医療費助成に関して診療報酬明細書 (レセプト) 及び所得状況等の必要事項を調査されることを承諾します。

木曾岬町長 様

(助成を受ける方又は保護者等)
住 所

年 月 日

氏 名

印

様式第12号(第12条関係)

- 障がい者
- 一人親家庭等
- 子ども
- その他

第三者の行為による被害届

年 月 日

木曾岬町長 様

住所
届出者 氏名
(保護者等) 電話

第三者の行為により被害を生じたので、次のとおり届出をします。

記

- 1 被害者
 - (1) 受給資格証番号
 - (2) 受給資格者氏名
- 2 加害者
 - (1) 住所
 - (2) 氏名及び職業
- 3 負傷又は発病の原因
 - (1) 負傷又は発病の原因
 - (2) 負傷又は発病の年月日及び場所
 - (3) 負傷又は疾病の程度
 - (4) 療養見込期間 入院 日・通院 日
 - (5) 医療費見込額
 - (6) 医療機関の所在地及び名称又は氏名
- 4 損害賠償に関する事項

様式第1号(第4条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第3号(第6条関係)

様式第4号(第7条関係)

様式第5号(第8条関係)

様式第6号(第8条関係)

様式第7号(その1)(第8条関係)

様式第7号(その2)(第8条関係)

様式第8号(その1)(第10条関係)

様式第8号(その2)(第10条関係)

様式第9号(第10条関係)

様式第10号(第11条関係)

様式第11号(第11条関係)

様式第12号(第12条関係)