

○上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則

昭和48年3月24日

規則第2号

(趣旨)

第1条 この規則は、上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例（昭和48年上三川町条例第12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。

(受給資格者証の交付申請)

第2条 条例第3条の規定による重度心身障害者医療費受給資格者証（以下「受給資格者証」という。）の交付を受けようとする者は、別記様式第1号による申請書に次の書類を添付し、町長に申請しなければならない。ただし、町長は、当該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、当該書類を省略させることができる。

- (1) 条例第2条第1項第1号に規定する者にあつては、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）又は医師の診断書（別記様式第2号）
- (2) 条例第2条第1項第2号に規定する者にあつては、療育手帳又は児童相談所等の診断書（別記様式第3号）
- (3) 条例第2条第1項第3号に規定する者にあつては、療育手帳又は身体障害者手帳若しくは医師の診断書（別記様式第2号）及び児童相談所等の診断書（別記様式第3号）
- (4) 条例第2条第1項第4号に規定する者にあつては、精神障害者保健福祉手帳
- (5) 住民税世帯非課税者等にあつては、その事実を証する書類

(受給資格者証の交付)

第3条 町長は、前条の規定により申請した者が条例第3条に該当するときは、当該申請者に別記様式第4号の重度心身障害者医療費受給資格者証を交付するものとする。

2 受給資格者証の有効期間は、条例第3条の規定による助成対象者（以下「助成対象者」という。）となった日の属する月の初日から、助成対象者でなくなった日の属する月の末日とする。

3 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するときは、当該各号に定める日を受給資格者証の有効期間の始期とする。

(1) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第22条第1項に規定する転入をした日（以下「転入日」という。）の属する月中に助成対象者となった場合 当該転入日

(2) 転入日の属する月の翌月に助成対象者となった者で、助成対象者となった日が当該転入日から起算して15日以内である場合 当該転入日

(3) 上三川町の区域内に住所を有し、かつ、県内他市町の受給資格者証の交付を受けていた者が、新たに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する後期高齢者医療の被保険者となったことにより、当該被保険者となった日の属する月中に助成対象者となった場合 当該被保険者となった日

4 受給資格者証を破損し、又は亡失したときは、別記様式第5号による申請書を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

5 亡失した受給資格者証を発見したときは、速やかに当該発見した受給資格者証を町長に返還しなければならない。

（受給資格者証の提示）

第4条 助成対象者が医療を受けるときは、医療機関等に受給資格者証を提示するものとする。

（助成の申請）

第5条 条例第4条に規定する助成を受けようとするときは、別記様式第6号による申請書を町長に提出しなければならない。

2 前項の申請方法は、郵送又は町の窓口持参のいずれかによるものとする。

(助成の決定)

第6条 町長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成の額を決定し、助成するものとする。

(届出事項)

第7条 助成対象者は、住所の変更又は加入保険に変更を生じたときは、別記様式第7号による変更届に受給資格者証を添えて町長に提出しなければならない。

(受給資格者証の返還)

第8条 助成対象者が助成を受ける資格を喪失したとき又は受給資格者証の有効期間が満了したときは、速やかに受給資格者証を町長に返還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50年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和58年規則第3号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則 (昭和59年規則第32号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和59年10月1日から適用する。

附 則 (平成6年規則第19号)

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則 (平成9年規則第28号)

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第5条に1項を加える改正規定は、平成9年11月1日から施行する。

- 2 この規則（前項ただし書に規定する改正規定を除く。）による改正後の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成9年9月1日から適用する。

附 則（平成11年規則第9号）

この規則は、公布の日から施行し、平成11年4月1日から適用する。

附 則（平成14年規則第60号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成14年10月1日から適用する。
- 2 改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第2条、第3条第1項、同条第4項、第5条第1項及び第7条に定める様式に基づいて作成した申請書等は、所要の補正をして使用することができる。

附 則（平成18年規則第56号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成19年規則第15号）

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成20年規則第3号）

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第5条第1項に定める様式に基づいて作成した申請書は、所要の補正をして使用することができる。

附 則（平成21年規則第13号）

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第23号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（令和2年規則第35号）

- 1 この規則は、令和2年10月1日から施行する。

- 2 改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則に定める様式は、所要の補正をして使用することができる。

附 則（令和3年規則第6号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則に定める様式は、所要の補正をして使用することができる。

附 則（令和3年規則第34号）

- 1 この規則は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則に定める様式は、所要の補正をして使用することができる。
- 3 この規則の施行の前においても、受給資格認定の手続について必要な準備行為を行うことができる。

附 則（令和4年規則第19号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和5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、この規則による改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則別記様式第6号による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和6年規則第23号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の上三川町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則別記様式第1号及び別記様式第4号による用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。

別記様式第1号(第2条関係)

決 裁						受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日
						交付	年 月 日
受給資格適否						加入保険	国保・社保・後期
(理由) 適・否						受給資格 取得年月日	年 月 日
身体障害	手帳	級	障害	内部・肢体		再判定	要(年 月)・否
	番号	第			交付日	年 月 日	
知的障害	手帳	A 1	A 2	B 1	B 2	再判定	要(年 月)・否
	番号	第			交付日	年 月 日	
	診断書	1. IQ35以下 2. IQ50以下					
精神障害	手帳	1級			交付日	年 月 日	
	番号				有効期限	年 月 日	

申請者記入欄			
重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請書 年 月 日 上三川町長 住 所 氏 名			
受給者番号			
対 象 者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
加 入 保 険	記号番号	保険者の名称	被保険者氏名 (国保は世帯主)

※ この申請書を提出するときは、加入している医療保険情報がわかるものを提示してください。

別記様式第2号(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給資格診断書(身体障害者用)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

1 傷病名

2 原 因

3 現 症

4 障害程度

(イ) 身体障害者福祉法別表第5号による身体障害者程度等級表(第 級)に該当するものと認める。

(ロ) 同上別表のいずれにも該当しないものと認める。

年 月 日

居住地又は勤務先

診療科名

科

医師氏名

I 視覚障害の状況及び所見

	裸眼視力	矯正視力	矯正眼鏡	視野
右眼				
左眼				
所見				

II 聴覚又は平衡機能障害の状況及び所見

(1) 聴力検査(イ又はロのいずれかを記入すること。)

イ 純音による検査 ロ 語音による検査

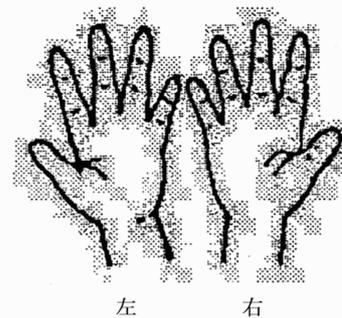
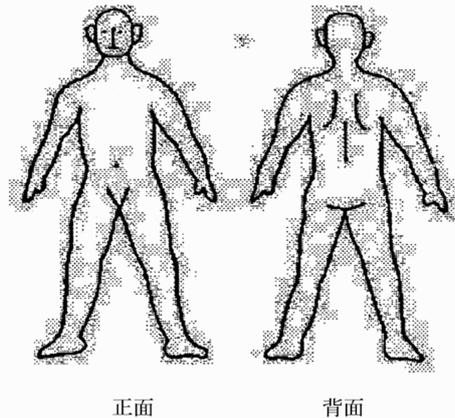
サイクル	デシベル値	
	右	左
500		
1,000		
2,000		
平均		

聴覚障害の所見

(2) 平衡機能障害の状況及び所見

III 肢体不自由の状況及び所見

- (1) 関節の運動性
- (2) 歩行能力の程度
- (3) 起立位の状況
- (4) 座位の状況



左 右

下肢の短縮
握力
その他所見
欠損部位(cm)
発育不良部位
(短縮 cm)
知覚麻痺などの広範囲の
障害部位

別記様式第3号(第2条関係)

(表面)

重度心身障害者医療費受給資格診断書(知的障害者用)

氏名 (ふりがな)	男	生年月日	年 月 日		
	女				
住所					
障害名					
知的障害 の 現 症	知能障害	1 IQ=()			
		2 測定不能 重度・中度・軽度			
	日常生活 の 介 助 度	介助度	全面介助	半介助	自立
		生活行動			
		食 事			
排 泄					
合併症	身体障害 の程度	1 身体障害者手帳(級該当)			
		2 医師の診断書 (級該当)			
総合判定	重度	中度	軽度		
再認定の要否	要(年度)	否			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>病院・診療所又は判定機関名</p> <p style="text-align: right;">医師又は 判定機関</p>					

◎ 裏面を読んでから記入して下さい。

(裏面)

- 1 この診断書は、町が行う重度心身障害者医療費受給資格を認定するための診断書です。
- 2 「知能障害」欄にあつては、知能指数が概ね35以下を(重度)、36以上50までを(中度)、51以上を(軽度)と判定してください。
- 3 「総合判定」欄にあつては、次のいずれかに該当するものを(重度)と判定してください。
 - (1) 知能指数が概ね35以下の知的障害児者
 - (2) 知能指数が概ね50以下であつて、日常生活の大半が介助を必要とする者
ただし、介助度の判定にあつては低年齢児に特に留意してください。
 - (3) 知能指数が概ね50以下であつて、身体障害者福祉法施行規則別表第5号に規定する3級又は4級の障害を併せ持つ者

別記様式第4号（第3条関係）

（表面）

重度心身障害者医療費受給資格者証		
受給者番号		
受給資格者	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
加入保険	被保険者名	
	記号番号	
	保険者番号及び保険者の名称	
	保険者の所在地	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
年 月 日		
上三川町長		

(裏面)

— 注意事項 —

1. この証は、上三川町重度心身障害者医療費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。
2. 助成を受けようとするときは、次のものを持参のうえ、上三川町 課係にて申請してください。
 - (1) 重度心身障害者医療費受給資格者証
 - (2) 加入している医療保険情報がわかるもの
 - (3) 次のいずれかの書類
 - ① 医療機関等から発行される領収書（氏名、保険点数、負担割合、診療科目、入院外来の表記、自己負担分の記載があるもの）
 - ② 助成申請書に医療機関等の証明を受けたもの
3. 助成申請をすることができるのは診察月の翌月の初日から1年以内です。
4. 次の事由が生じたときは、この証と加入している医療保険情報がわかるものを持参のうえ、必ず届出、または返却してください。
 - (1) 住所、氏名、加入保険、振込先等に変更があったとき
 - (2) 転出、または死亡したとき
 - (3) 生活保護法による保護を受けることになったとき
 - (4) この証を破損、または紛失したとき

上三川町 課 TEL: FAX:

別記様式第5号 (第3条関係)

決 裁							受付	年 月 日
							伺	年 月 日
							決裁	年 月 日
							交付	年 月 日

重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書

受 給	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
資 格 者	加入 保 險	保険者の名称		
		記 号 番 号		
		被保険者氏名 (国保は世帯主)		

重度心身障害者医療費受給資格者証を紛失
破損したので、再交付願いたく申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

上三川町長

別記様式第7号（第7条関係）

決 裁							受付	年	月	日	
							伺	年	月	日	
							決裁	年	月	日	
							交付	年	月	日	
重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届											
受 給 資 格 者	受給者番号										
	氏名										
	住所										
変 更 事 項	新					旧					
	住所					住所					
	加 入 保 険	被保険者氏名 (国保は世帯主)					加 入 保 険	被保険者氏名 (国保は世帯主)			
		記号番号						記号番号			
		保険者の名称						保険者の名称			
	変更年月日						備考				
<p>上記のとおり変更が生じたので、重度心身障害者医療費受給資格者証を添えて、届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出人 住所 氏名</p> <p style="text-align: center;">上三川町長</p>											

別記様式第1号（第2条関係）

別記様式第2号（第2条関係）

別記様式第3号（第2条関係）

別記様式第4号（第3条関係）

別記様式第5号（第3条関係）

別記様式第6号（第5条関係）

別記様式第7号（第7条関係）