

○上牧町重度心身障害老人等医療費助成要綱

平成27年12月28日

要綱第15号

上牧町重度心身障害老人等医療費助成要綱（昭和58年2月要綱第1号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 重度心身障害老人等が老後において、心身に重度の障害があるため受療の機会が多く又はひとり親家庭等であるなどの事由から、その者に対し、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）その他の法令の規定により負担した一部負担金又は一部負担金相当額（以下「一部負担金等」という。）のうち、次に掲げる額を控除した額に相当する額を助成する。

- (1) 入院時の食事療養に係る標準負担額に相当する額
- (2) 入院時の生活療養に係る標準負担額に相当する額
- (3) 法令の規定による払戻額その他これに相当するものが支給される場合は、その額に相当する額
- (4) 医療機関等（保険薬局を除く。）の診療報酬明細書（訪問看護療養費明細書を含む。）又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに500円。ただし、14日以上入院に係る医療費については、1,000円。

（助成の要件）

第2条 一部負担金等の助成は、上牧町に住所を有する高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者（同法第55条第1項第2号に掲げる入所をしたことにより同項及び同条第2項の規定の適用を受ける被保険者を含む。）のうち、次に掲げる者に対して行うものとする。

- (1) 上牧町心身障害者医療費助成条例第2条第1項第2号から第4号及び第2項に規定する助成要件に該当する者
- (2) 上牧町ひとり親家庭等医療費助成条例第2条第1項の各号（第3号を除く。）に規定する助成要件に該当し、かつ、第3条の2に規定する支給制限を受けない者

（助成の申請）

第3条 一部負担金等の助成を受けようとする者は、重度心身障害老人等医療費助

成交付（更新）申請書（第1号様式）（以下「申請書」という。）に第2条の助成の要件に該当することを明らかにする書類及び高齢者医療確保法に基づく被保険者証及び身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添えて町長に申請しなければならない。

（助成の決定）

第4条 町長は、申請書を受理した場合において第2条の助成の要件に該当する者（以下「助成対象者」という。）であると認めるときは、交付の決定を通知するものとする。また、当該要件に該当しないと認めるときは、その理由を付し、重度心身障害老人等医療費助成交付申請却下通知書（第2号様式）を交付するものとする。

2 町長は、申請書の提出がない場合においても助成対象者であると認めるときは、交付の決定を通知するものとする。

3 町長は、この要綱の規定により申請書に添えなければならない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。

（助成金の請求）

第5条 助成対象者は、重度心身障害老人等医療費助成交付請求書（第3号様式）（以下「請求書」という。）に領収書その他自己負担金を医療機関等で支払ったことが明らかとなるもの（以下「領収書等」という。）を添えて、町長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、奈良県後期高齢者医療広域連合から町長に当該診療に係る自己負担金その他助成金の算定に必要な事項の通知があつたときは、助成対象者から町長に前項の規定に定める請求書の提出があつたものとみなす。

（助成金の交付）

第6条 町長は、第5条の規定による請求書の提出があつたときは、その内容を審査の上、適当と認めるときは助成金を交付するものとする。

（助成の更新申請）

第7条 助成対象者は、毎年6月1日から同月30日までに交付（更新）申請書に第2条の助成の要件に該当することを明らかにする書類及び高齢者医療確保法に基づく被保険者証及び身体障害者にあつては身体障害者手帳を、知的障害者にあつては療育手帳を添えて町長に申請しなければならない。

2 第4条の規定は、更新申請があった場合について準用する。

(譲渡又は担保の禁止)

第8条 この要綱による助成金の支給を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

(助成金の返還)

第9条 偽りその他不正の手段によってこの要綱による助成金の支給を受けた者があるときは、町長は、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(損害賠償との調整)

第10条 町長は、対象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、当該助成金の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した当該助成金の額に相当する金額を返還させることができる。

(届出)

第11条 助成対象者は、次の各号に該当する場合は、それぞれ当該各号に掲げる書類を町長に届け出なければならない。

(1) 助成対象者が住所又は氏名を変更したとき。住所・氏名変更届(第4号様式)

(2) 第2条の規定に基づく上牧町心身障害者医療費助成条例第2条第3号及び第4号に該当しなくなったとき又は第2条の規定に基づく上牧町ひとり親家庭等医療費助成条例第3条の2に規定する者に所得の変更が生じたとき。所得状況変更届(第5号様式)

(3) 第2条の規定に基づく上牧町心身障害者医療費助成条例第2条第2号又は上牧町ひとり親家庭等医療費助成条例第2条第1項第1号及び第2号に規定する者に該当しなくなったとき。資格喪失届(第6号様式)

(4) 助成対象者が死亡したとき。死亡届(第7号様式)

(受給者台帳の整備)

第12条 町長は、助成対象者について重度心身障害老人等医療費受給者台帳を作成し、常に記載内容について整理しておかなければならない。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年3月要綱第5号)

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の規定により作成されている申請書等の用紙については、改正後の要綱の規定にかかわらず、必要な修正を加え使用できるものとする。

第1号様式(第3条関係)

対象者	後期高齢者医療被保険者番号							氏名		男 女
	(後期高齢者医療被保険者番号)							生年月日		年 月 日

所得状況		① 助成対象者		② 配偶者及び扶養義務者		
氏名						
個人番号						
③ 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(対象者の所得状況欄については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者)の合計数)		人(うち老人) 人(うち特定)	人 人	人(うち老人) 人(うち特定)	人(うち老人) 人(うち特定)	
(ひとり親家庭等のもので該当する場合のみ記入) ④ ③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童		人		人	人	
⑤ 所得額		円		円	円	
⑥ 金品等の金額		円		円	円	
⑦ 控除	雑損	円		円	円	
	医療費	円		円	円	
	社会保険料	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	※	円	※	円	※
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤	円	※	円	※
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円		円	円		
※ 控除後の所得額		円		円	円	
※ 審査		認定・却下				

⑧ 申請事由	心身障害者の方 該当する番号を○で囲んでください。 (1 については()内の符号)	1 身体障害者手帳(イ 1級 ロ 2級)を所持している。 2 療育手帳のA1又はA2を所持している。
	ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲み、□枠内を記入してください。	1 配偶者のない女子又は男子で現に児童を扶養するもの。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入) 2 父母のない児童を養育している配偶者のない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)

重度心身障害者医療費受給資格証の交付(更新)申請にあたり、本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用することに同意し、上記のとおり重度心身障害者医療費受給資格証の交付を申請いたします。

年 月 日 申請者 住所

氏名 印

北葛城郡上牧町長 様 電話

(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は、楷書ではっきり書いてください。

第2号様式(第4条関係)

重度心身障害老人等医療費助成交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

殿

上牧町長 印

年 月 日付で申請のあった重度心身障害老人等医療費助成交付申請については、下記の理由により申請を却下しましたので通知します。

(理由)

(教示)

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に上牧町長に対して審査請求をすることができます。
なお、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることが認められる場合があります。
- この処分については、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に上牧町を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。(訴訟において上牧町を代表する者は上牧町長となります。)
なお、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。ただし、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第3号様式(第5条関係)

重度心身障害老人等医療費助成金交付申請書

年 月 日

上牧町長 殿 (申請者) 住所 上牧町
氏名
TEL

印

金 円

ただし、年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証 受給者番号		受給者氏名 個人番号	
加入医療保険名称		加入医療 保険 記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込口座	銀行	本店	口座番号	普通	フリガナ
	信用金庫	支店		当座	
	農協	出張所		貯蓄	名義

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療等の 状況	入院	医療機関：名称 (所在地)			
		日数・機関	総点数	自己負担支払額	
		日(年月日～年月日)	点	円	
	外来等	①	医療機関等：名称 (所在地)		
			日数	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
		②	医療機関等：名称 (所在地)		
			日数	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
③	医療機関等：名称 (所在地)				
	日数	総点数	自己負担支払額		
		日	点	円	

※確認欄 保険の自己負担割合(1割・2割・3割) ※高額療養費の有無(限度額)

※ 決 定	課長	課長補佐	係長	係	決裁年月日	年 月 日
					交付年月日	年 月 日
						台帳確認
【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 (円) - (円) - (円) = 支給額 円						

※欄は記入しないでください。

第4号様式(第11条関係)

住 所・氏 名 変更届
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

上牧町長 殿

届出者 住所 _____
氏名 _____

下記のとおり(住所・氏名)を変更しましたので届けます。

受給資格証 受給者番号			
受給者個人番号			
受給者	旧住所		新住所
	旧氏名		新氏名

決 定	部長	課長	課長補佐	係長	係	決裁年月日	
							継続対象 (年 月 日まで有効) 対象外
							台帳整理

(注) この届出の際に、受給資格証を提出してください。

所得状況変更届
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

上牧町長 殿

届出者
住所
氏名

下記のとおり所得状況に変更を生じましたので届けます。

所得状況		① 助成対象者	② 配偶者及び扶養義務者	
氏名				
個人番号				
③	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(対象者の所得状況欄については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者)の合計数) (ひとり親家庭等の者で該当する場合のみ記入)	人(うち老人 人) (うち特定 人)	人(うち老人 人) (うち特定 人)	人(うち老人 人) (うち特定 人)
④	③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童			
⑤	所得額	円	円	円
⑥	金品等の額	円	円	円
⑦ 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	※ 円	※ 円	※ 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	※ 円	※ 円	※ 円
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円	障・特障・老勤 ※ 円	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円	
※ 控除後の所得額	円	円	円	
※ 審査		認定・却下		
(注)1 ※印の欄は、記入しないでください。				

第6号様式(第11条関係)

資 格 喪 失 届
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

上牧町長 殿

届出者 住所 _____
氏名 _____

下記のとおり、重度心身障害老人等医療費を受ける資格がなくなりましたので、上牧町
重度心身障害老人等医療費助成要綱第12の規定により届けます。

記

受 給 者 個 人 番 号			
受 給 者	氏 名	住 所	
資格喪失理由			
資格喪失理由発生日			

第7号様式(第11条関係)

死 亡 届
(重度心身障害老人等医療費)

年 月 日

上牧町長 殿

届出者 住所
氏名

下記の者が死亡しましたので届けます。

死亡者氏名

〃 住所

死亡年月日

受給者番号

受給者個人番号

決 定	部長	課長	課長補佐	係長	係	決裁年月日	
						台帳整理	

第1号様式（第3条関係）

第2号様式（第4条関係）

第3号様式（第5条関係）

第4号様式（第11条関係）

第5号様式（第11条関係）

第6号様式（第11条関係）

第7号様式（第11条関係）