

○甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例施行規則

平成16年9月1日

規則第80号

(趣旨)

第1条 この規則は、甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例（平成16年甲斐市条例第112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。

(用語)

第1条の2 この規則において使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

(重度の知的障がい者)

第1条の3 条例第2条第1項第2号の規則で定める者は、山梨県療育手帳交付規則（平成15年山梨県規則第29号）に基づく療育手帳を交付された者のうち、同規則第5条第1項第1号から第4号までのいずれかに該当する者とする。

(条例第3条ただし書の規則で定める特別の事情)

第1条の4 条例第3条ただし書の規則で定める特別の事情は、次に掲げる事情とする。

- (1) 対象者が20歳未満の重度心身障がい者であって、その保護者が本市の区域内に住所を有していること。
- (2) その他市長がやむを得ないと認める事情

(受給者証の交付申請)

第2条 条例第5条の規定による申請は、重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証交付申請書（様式第1号）に、次の表の左欄に掲げる区分ごとに、同表の中欄に掲げる重度心身障がい者の区分に従い、それぞれ同表の右欄に定める書類を添付して行わなければならない。

障がい程度に関するもの	条例第2条第1項第1号に該当する場合	身体障害者手帳の写し
	条例第2条第1項第2号に該当する場合	療育手帳の写し
	条例第2条第1項第3号に該当する場合	精神障害者保健福祉手帳の写し

	条例第2条第1項第4号に該当する場合（国民年金法（昭和34年法律第141号）による障害基礎年金を受給している場合に限る。）	障害基礎年金に係る国民年金証書の写し
	その他の場合	次のいずれかの書類 1 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）による特別児童扶養手当を受給している場合の当該対象児童にあつては、特別児童扶養手当証書の写し 2 市長が必要と認める書類
所得状況に関するもの	20歳未満の者	特別児童扶養手当所得状況届（様式第1号の2）
	20歳以上の者	障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届（様式第2号）

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に認めた場合には、添付すべき書類を省略することができる。

3 第1項の申請を行う場合には、医療保険各法による被保険者証又は組合員証を提示しなければならない。

（受給者証）

第3条 条例第6条の受給者証は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるとおりとする。

(1) 次号に掲げる者以外の者（様式第3号）

(2) 満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（様式第3号の2）

（受給者証の再交付）

第4条 条例第5条の規定により受給者証の再交付を受ける場合は、重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証再交付申請書（様式第4号）に当該受給者証を添付して、市長に提

出するものとする。

- 2 受給者又はその保護者は、前項の規定により受給者証の再交付を受けた後、亡失した受給者証を発見したときは、直ちに市長に返還しなければならない。

(受給者証の更新)

第5条 受給者証は、毎年11月1日に更新するものとする。

- 2 前項の更新を受けようとする者は、毎年10月に、重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証更新申請書(様式第5号)により申請を行わなければならない。この場合において、添付書類については第2条第1項及び第2項の規定を、提示を必要とする書類については同条第3項の規定を準用する。

- 3 前項の規定にかかわらず、重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証更新申請書に記入すべき事項及び第2条第1項に規定する書類の添付又は同条第3項に規定する提示により確認すべき事項が公簿等により確認できる場合は、前項の手続を省略することができる。

- 4 市長は、受給者が満18歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日に、第3条第2号に定める受給者証を同条第1号に定める受給者証に更新するものとする。

(市長が保険医療機関等からの情報の提供を持って医療費助成金の請求を受けたものとみなした場合における医療費助成金)

第6条 条例第8条第3項の規定により市長が山梨県内に住所を有する保険医療機関等から医療費助成金の算定に必要な情報の提供を受けたことをもって当該情報の提供に係る対象者に対する療養の給付等に係る医療費助成金の支給に関し同条第1項の請求を受けたものとみなした場合における当該請求に係る医療費助成金の額は、当該情報の提供を行った保険医療機関等が作成した次に掲げる書類に記載された点数その他の数値により算定された当該情報の提供に係る対象者が負担すべき費用の額とする。

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)附則第3条の4第1項に規定する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書
- (2) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(平成4年厚生省令第5号)第1条に規定する訪問看護療養費明細書
- (3) 前各号に掲げる場合のほか、市長において必要があると認める場合

(委託)

第7条 条例第8条第4項の規定による保険医療機関等への支払に関する費用の審査及び支払に関する事務は、山梨県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金山梨支部に委託して行うものとする。

(条例第8条第4項の規則で定める場合)

第8条 条例第8条第4項の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- (1) 受給者証を提示しないで療養の給付又は訪問看護療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給を受けた場合
- (2) 医療保険各法に規定する保険外併用療養費、療養費、家族療養費又は特別療養費の支給の対象となる療養等を受けた場合
- (3) 山梨県内に事務所を有しない国民健康保険組合のうち次に掲げるもの以外のもの又は山梨県外の市町村が行う国民健康保険の被保険者が療養等を受けた場合
 - ア 全国歯科医師国民健康保険組合
 - イ 全国土木建築国民健康保険組合
 - ウ 中央建設国民健康保険組合
- (4) 前各号に掲げる場合のほか、市長において特に必要があると認める場合
(医療費助成金の請求等)

第9条 条例第8条第2項の規定による請求は、重度心身障がい者医療費助成金請求書(様式第6号)により行うものとする。この場合において、診療報酬明細の記載された領収書を添付したときは、様式第6号中診療報酬請求証明書の欄は記載することを要しないものとする。

- 2 市長は、前項の規定による請求があった場合において、必要があると認めるときは、受給者又はその保護者に対し関係書類の提出又は提示を求めることができる。
- 3 医療費助成金の支給は、毎月1回とし、市長が定める日に行うものとする。

(変更等の届出)

第10条 条例第9条の規定による申請事項の変更の届出は、変更があった日の翌日から起算して15日以内に、重度心身障がい者医療費助成金受給資格等変更届(様式第7号)に受給者証を添えて行わなければならない。ただし、死亡、転出等により医療費助成金の支給

対象者の資格を喪失した場合は、重度心身障がい者医療費助成金受給資格喪失届（様式第8号）に受給者証を添えて市長に提出しなければならない。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成16年9月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の規定は、平成16年9月1日以後に受けることとなる療養の給付等に対する助成金に係る手続について適用し、同日前に受けた療養の給付等に対する助成金に係る手続については、なお合併前の竜王町重度心身障害者医療費助成金支給条例施行規則（昭和53年竜王町規則第5号）、敷島町重度心身障害者医療費助成金支給条例施行規則（昭和58年敷島町規則第2号）又は双葉町重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和52年双葉町規則第9号）の例による。

附 則（平成18年3月31日規則第11号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18年7月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際現に改正前の規則の規定により作成され、使用されている用紙については、当分の間、使用することができる。

附 則（平成20年3月27日規則第10号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成20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現にあるこの規則による改正前の様式（様式第3号を除く。次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

（様式に関する経過措置）

- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成26年6月30日規則第8号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成26年11月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の日の前日までに、甲斐市重度心身障害者医療費助成条例施行細則の規定によりなされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされた手続その他の行為とみなす。

附 則（平成28年3月11日規則第9号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の日の前日までに、甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例施行規則の規定によりなされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされた手続その他の行為とみなす。
- 3 この規則の施行の日前において建設連合国民健康保険組合の被保険者であって現に受給者証の交付を受けているものが、同日以後も引き続き当該建設連合国民健康保険組合の被保険者である場合、当該被保険者の受給者証は、この規則による改正後の甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例施行規則第3条各号に掲げる区分にかかわらず、様式第3号に定めるとおりとする。この場合において、同規則第5条第4項の規定は、適用しない。

附 則（令和3年7月5日規則第8号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、改正前の甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例施行規則の様式による用紙で、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（令和3年12月21日規則第19号）

（施行期日）

1 この規則は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の甲斐市重度心身障がい者医療費助成条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われる療養の給付等に係る医療費助成金の支給について適用し、同日前に行われた療養の給付等に係る医療費助成金の支給については、なお従前の例による。

附 則 (令和5年2月6日規則第9号)

この規則は、令和5年4月1日から施行する。

附 則 (令和5年10月2日規則第24号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和6年3月15日規則第15号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和6年3月28日規則第21号)

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

(表)

様式第1号(第2条関係)

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証交付申請書

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 (受給者)	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	(歳)	電話番号
	個人番号(マイナンバー)		
加入 医療 保険	被保険者又は 組合員	氏 名	受給者との 続柄
		住 所	
	保 険 種 別	種 別	
		記号番号	付加給付 の有無
発 行 機 関	保険者番号		
	保 険 者 名		
保 護 者	住 所		
	氏 名		受給者との 続柄
	生年月日	電話番号	
	個人番号(マイナンバー)		
<p>上記のとおり重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。なお、次の内容について甲斐市長が行うことに同意します。(チェック欄□にレを記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 申請及び更新に係る審査のため、世帯の住民税所得・課税状況等を調査すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金の算定のため、受給者の医療費支払い状況等について、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業所から診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書等により山梨県国民健康保険団体連合会を通じて情報提供を受けること。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に支給された助成金が過払いになり返還が必要になった場合は、その後に支給される助成金を、その過払い分に係る返還金に充当すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 重度心身障がい者医療費助成金については、次の口座に振込をすること。</p>			
振 込 先	金融機関名		支店名
口 座 番 号	当・普	フリガナ 名義人	

※認定方法

障がい程度がわかる書類名	障がい程度	証書番号	障がい名
身体・療育・精神・年金・特児	級		肢体・心臓・腎臓・呼吸器・小腸・肝臓・ ぼうこうまたは直腸・免疫機能・体幹・聴覚・視覚
重度心身障がい者医療費 助成金受給資格者証 番号		有効期間	

(注) ※印欄は、記入しないこと。

(裏)

甲斐市長 様

年 月 日

同意書

下記の者は、重度心身障がい者医療費助成金の支給に係る事務手続を処理するために甲斐市長が地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居			
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
昨年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入		
同意者	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居			
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
昨年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入		
同意者	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居			
	本年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入	
昨年1月1日の住所	都・道 府・県	市・区 町・村	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入		

(記載要領)

- 1 同意者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が記入する場合、本人からの委任をとってください。
- 3 申請者と同居している場合、住所の記入を省略できます。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えありません。

※本年の1月2日以降に甲斐市に転入された方及び別世帯で生計同一の扶養義務者は記入してください。

申請者（障がい者）と住民票上別世帯でも、民法上の扶養義務者（配偶者・父母・子・孫・祖父母・兄弟姉妹）であり、申請者の生活費の大半を負担している場合は生計同一の扶養義務者となります。

※※整理番号 第 号		※市区町村 受付年月日 . . .			※市区町村提出 . . .			
特別児童扶養手当所得状況届 (年分)								
①証書記号・番号 第 号		②氏名			③住所			
④個人番号		⑤受給者		⑥配偶者		⑦扶養義務者		
氏 名		/		/		/		
⑧個人番号		/		/		/		
⑨同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㉑70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉒特定扶養親族の数、㉓16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))		㉑ 人 ㉒ 人 ㉓ 人	人	(人)	(人)	(人)	人	
⑩⑨以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童		人		/		/		
⑪所得額		円	※円	円	※円	円	※円	
控 除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	
	⑬特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	
	⑭障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	
	⑮	円	円	円	円	円	円	
	⑯社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	
⑰控除後の所得額		円		円		円		
⑱本年8月1日における支給対象障害児の状況		障害児氏名	続柄	個人番号	生年月日	同居別居の別	在学学校名	学年
					. . .	同居別居		
					. . .	同居別居		
					. . .	同居別居		
					. . .	同居別居		
					. . .	同居別居		
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 年 月 日 様 氏名								
※ 査 査	⑤～⑰欄の記載事項			⑱の欄及びその他の欄の記載事項				
	上記のとおり、相違ありません。 年 月 日							甲斐市長 印
※※所得制限額		以上・未満						

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

(裏面)

注意

- 1 この届は、毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この期間中に出さないと手当の支払が差し止められることがあります。
なお、本年7月以降に認定請求書を出している方は、出す必要がありません。
- 2 ⑦の欄は、あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
- 3 ⑨の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」といいます。)の合計数を記入してください。
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。
(1) 受給者については、①に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、②に特定扶養親族の数を、③に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
(2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 4 ⑩の欄の「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者(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をいいます。)又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 5 ⑪の欄は、前年の所得について、都道府県民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- 6 ⑫及び⑬の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入してください。
- 7 ⑭の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法上に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 8 ⑮の欄は、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、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。
- 9 本年1月2日以後現住所に転入された方は、⑨から⑮の欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書を添えて出してください。
- 10 この届について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

※受付 年 月 日 番号

障害児福祉手当(福祉手当)所得状況届							
① 受給資格者	(ふりがな)		個人番号				
	氏 名						
	住 所						
② 配偶者	氏 名		個人番号		住 所		
③ 扶養義務者	氏 名		個人番号		住 所		
	受給資格者との続柄						
④	年所得	⑤ 受給資格者	⑥ 配偶者	⑦ 扶養義務者			
⑧	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人 ㉞ 人 ㉟ 人 ㊱ 人	人	人	人		
			(人)	(人)			
⑨	所 得 額	円	※㉞円	円	※㉟円	円	
控 除	⑩ 障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	
	⑪ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑬	円	円	円	円	円	円
	⑭ 社会保険料等相当額	円	円		円		円
⑮	控 除 後 の 所 得 額	円	円	円	円	円	
上記のとおり、相違ありません。 年 月 日 氏名 様							
※ 審 査							

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。

(裏 面)

注意

- 1 ③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。
- 2 ⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の合計数を記入してください。
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。
 - 1 受給者については、㉞に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㉟に特定扶養親族の数を、㊱に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
 - 2 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除額を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
- 4 ⑩の欄は、⑧の欄の同一生計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記入してください。
- 5 ⑪の欄は、⑧の欄の同一生計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記入してください。
- 6 ⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、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、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 7 ⑬の欄は、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、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。
- 8 ⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。

- (1) ⑨の欄の所得額について、市長の証明書
- (2) ⑩から⑬までの欄に記入した事項について、市長の証明書

様式第3号(第3条関係)

(表)

【自動還付方式】
甲斐市重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証

※この受給資格者証は、医療機関・薬局での医療費支払いが必要です。(自動還付)

公費負担者番号	8	3	1	9					
受給者番号								/	
被保険者等記号・番号									
保険種別									
保険者番号									
受 給 者	住 所								
	氏 名						性 別		
	生年月日								
有効期間		年 月 日			から 年 月 日 まで				
		甲斐市長					印		
交付年月日	年 月 日								

(裏)

◇注 意 事 項◇

- 1 この証は、あなたの支払う医療費について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 この証は、保険証と一緒に医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 この証を提示しても、医療機関、調剤薬局等の窓口で患者負担分の医療費をいったん支払う必要があります。助成金は事前に登録していただいた口座に後日振り込みます。
- 4 この証にて受けられる助成は、医療保険の対象となる医療費のみです。
- 5 次の場合、医療機関、調剤薬局等で発行された領収書を持って、助成金の請求をして下さい。
 - (1) 医療機関、調剤薬局等の窓口で保険証・受給資格者証を提示しなかった場合
 - (2) 山梨県外の医療機関、調剤薬局等で受診した（調剤を受けた）場合
 - (3) 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師から保険給付の対象となる療養を受けた場合
 - (4) 医療機関、調剤薬局等で受診した（調剤を受けた）後、すぐに医療費を支払わず、遅れて支払った場合
- 6 自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院医療）など、他の公費負担医療受給者証をお持ちの方は、その対象となる診療（調剤）を受ける場合は、必ずその受給証も提示してください。
- 7 受給資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 8 氏名、住所に変更が生じた場合は、15日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 9 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、15日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 10 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。
- 11 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。

問い合わせ先

甲斐市

様式第 3 号の 2(第 3 条関係)

(表)

甲斐市重度心身障がい児医療費助成金受給資格者証								
公費負担者番号	8	1	1	9				
受給者番号								
被保険者等記号・番号								
保険種別								
保険者番号								
受 給 者	住 所							
	氏 名						性 別	
	生年月日							
有効期間		年 月 日 から						
		年 月 日 まで						
甲斐市長								印
交付年月日	年 月 日							

(裏)

◇注 意 事 項◇

- 1 この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので大切に保管してください。
- 2 この証は、保険証と一緒に医療機関等の窓口に表示してください。
- 3 この証にて受けられる助成は、医療保険の対象となる医療費のみです。
- 4 次の場合、医療機関、調剤薬局等で発行された領収書を持参して、助成金の請求をして下さい。
 - (1) 医療機関、調剤薬局等の窓口で保険証・受給資格者証を提示しなかった場合
 - (2) 山梨県外の医療機関、調剤薬局等で受診した（調剤を受けた）場合
 - (3) 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師から保険給付の対象となる療養を受けた場合
- 5 他の公費負担医療受給者証をお持ちの方は、その対象となる診療（調剤）を受ける場合は、必ずその受給者証も提示してください。
- 6 受給資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 7 氏名、住所に変更が生じた場合は、15日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 8 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、15日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 9 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。
- 10 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

問い合わせ先

甲斐市

様式第4号(第4条関係)

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証再交付申請書

年 月 日

甲斐市長 様

住 所
申請者
氏 名

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証を 損傷 したので、再交付を申請します。
亡失

受給者	住 所			
	氏 名			男・女
	生 年 月 日		申請者との 続 柄	
保護者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日		受給者との 続 柄	

(表)

様式第5号(第5条関係)

重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証更新申請書

受給者	住 所				
	氏 名		男・女		
	生年月日		(歳)		
加入 医療 保険	被保険者又は 組合員	氏 名	受給者との 続柄		
		住 所			
	保 険 種 別	種 別			
		記号番号	付加給付 の有無	有・無	
	発 行 機 関	発行機関名			
所 在 地					
保 護 者	住 所				
	氏 名		受給者との 続柄		
	生年月日				
	電 話		職 業		
<p>上記のとおり重度心身障がい者医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。なお、次の①から④について甲斐市長が行うことに同意のうえ申請します。</p> <p>① 申請に係る審査のため、世帯の住民税所得・課税状況を調査すること。</p> <p>② 助成金の算定のため、受給者の医療費支払い状況等について、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業所から診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書写し等により山梨県国民健康保険団体連合会を通じて情報提供を受けること。</p> <p>③ 過去に支給された助成金が過払いになり返還が必要になった場合は、その後に支給される助成金を、その過払い分に係る返還金に充当すること。</p> <p>④ 重度心身障がい者医療費助成金については、下記の口座に振込をすること。</p> <p>年 月 日</p> <p>甲斐市長 様</p> <p style="text-align: right;">受給者(申請者) 住 所 氏 名 電 話</p>					
振 込 先	金融機関名		支店名		
口 座 番 号	当・普	名義人			

※認定方法

障がい程度がわかる書類名	障がい程度	証書番号	障がい名
身体・療育・精神・年金・特児	級		肢体・心臓・腎臓・呼吸器・小腸・肝臓・ ぼうこうまたは直腸・免疫機能
経済状態がわかる書類名	扶養親族等の数	基準になる者の前年の所得額	
	人	円()	
重度心身障がい者医療費 助成金受給資格者証 番号		有効期間	

(注) ※印欄は、記入しないこと。

(裏)

※ 別世帯に生計同一の扶養義務者がいる場合は記入してください。

いない場合は記入不要です。

次の者と重度医療受給資格者（障がい者）は住民票上別世帯ですが生計は同一です。

この申請に係る審査のために、市職員が所得・課税状況を調査することに同意します。

扶養義務者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号		続柄	
	生年月日	年	月	日

※ 扶養義務者が市外にお住まいの場合は、毎年所得を証明する書類（確定申告書の控え、市区町村発行の所得課税証明書等）を提出していただきます。（提出時期には本市から通知致します。）

※ 扶養義務者と生計を同一にしなくなった場合、生計を同一にしている扶養義務者に変更があった場合、新しく扶養義務者と生計を同一にすることになった場合などがございましたら本市へご連絡ください。

※ 本年の1月2日以降に甲斐市に転入された方については、世帯の所得を証明する書類（確定申告書の控え、前住所地の市区町村発行の所得・課税証明書等）を提出してください。

▼ 扶養義務者とは、民法上の扶養義務者（本人から見て、配偶者、父母・子・孫・祖父母・兄弟姉妹）をいいます。

▼ 生計を同一にしている場合とは、重度医療費の助成を受けようとしている方の生活費の大半を扶養義務者に負担してもらっている場合をいいます。

重度心身障がい者医療費助成金請求書

(あて先) 甲斐市長 様 年 月 日

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

受給者住所
氏名
電話番号

受給者にかかる医療費（保険診療に係るもの）の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。なお、助成金の支払いに必要な事項について、市が医療機関及び保険者に照会することを了承します。

診療年月	年 月	請求金額	円也
------	-----	------	----

診療報酬請求証明書

入院・外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	日間	種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期
				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

区分	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 3. 歯科 <input type="checkbox"/> 4. 調剤	<input type="checkbox"/> 2. 補装具 <input type="checkbox"/> 5. 訪問看護 <input type="checkbox"/> 6. アソマ・マッサージ、整骨院 <input type="checkbox"/> 7. 鍼灸 <input type="checkbox"/> 8. 柔道整復、接骨院
診療報酬総点数	点	※10割を記入 円
他法公費負担額 (種別)	円	円
保険診療に係る 自己負担額	円	円
高額療養費	円	円

負担率
割

入院時食事療養費における自己負担分	単価	円	×	回数	回	=	円
-------------------	----	---	---	----	---	---	---

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

患者氏名 様

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等の 所在地・名称	
------------------	--

市町村受付印

処方箋発行元	
医療機関コード	
名称	

※医療機関等が証明する場合は、太線内に記入をしてください。

様式第7号(第10条関係)

重度心身障がい者医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日

甲斐市長 様

住 所
届出人
氏 名

下記のとおり申請事項に変更がありましたので、お届けします。

受 給 者	住 所				
	氏 名		生年月日		
	受給者番号				
保 護 者	住 所				
	氏 名		生年月日		
	受給者との 続 柄		職 業		電 話
変 更 事 由					
変更内容				変更年月日	
(変更前)				(変更後)	

様式第 8 号(第 10 条関係)

年 月 日

甲斐市長 様

申請者(受給者) 住所
氏名
連絡先

重度心身障がい者医療費助成金受給資格喪失届

次のとおり申請事項に変更がありましたので、届け出ます。

- 1 該当者名
生年月日 年 月 日
- 2 喪失理由 (1) 死亡(年 月 日)
(2) 転出(年 月 日)
(3) その他(理由: . 年 月 日)

(受給者が死亡の場合)

重度心身障がい者医療費助成金未払金請求書

甲斐市長 様

次のとおり請求します。

請求者氏名		受給者との続柄	
請求者住所	〒		
連絡先			

未払い金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 口 座	金融機関名		本支店	本 店 支店(所)
	口座番号	普通・当座		
	名義人	※カタカナで書いてください		

私が受給者の法定相続人となりますので、受給者への未払金については、私が請求いたします。

なお、他の相続人から異議申し立てがあった時は全て私の責任において、解決し、貴市には一切迷惑をかけないことを確約いたします。

請求者氏名 _____

様式第1号（第2条関係）

様式第1号の2（第2条関係）

様式第2号（第2条関係）

様式第3号（第3条関係）

様式第3号の2（第3条関係）

様式第4号（第4条関係）

様式第5号（第5条関係）

様式第6号（第9条関係）

様式第7号（第10条関係）

様式第8号（第10条関係）