

○上毛町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

平成17年10月11日

規則第53号

改正 平成20年10月1日規則第12号

平成27年12月28日規則第21号

平成28年9月30日規則第9号

(趣旨)

第1条 この規則は、上毛町重度障害者医療費の支給に関する条例（平成17年上毛町条例第104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。

(定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(受給資格の認定申請の手続き)

第3条 条例第5条の規定により、重度障害者医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、重度障害者医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第2条第1項第1号の重度及び同条同項第3号の中等度の知的障害者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）による身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）による精神障害者保健福祉手帳
- (3) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
- (4) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付し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、当該書類の添付を省略することができる。

(重度障害者医療証の交付及び不交付の通知)

第4条 条例第6条第1項の規定による重度障害者医療証（以下「医療証」という。）の交付は、6歳から12歳の者に対しては医療証（様式第2号（6歳から12歳用））、12歳から65歳未満の者に対しては医療証（様式第3号（12歳から65歳未満用）又は様式第3号の2（12歳から65歳未満、精神障害者用））により、65歳以上の者に対しては医療証（様式第4号（65歳以上、後期高齢者医療被保険者用）又は様式第4号の2（65歳以上、後期高齢者医療被保険者用、精神障害者用））により行うものとする。

2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、申請者に通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第5条 医療証の有効期限は、条例第5条の規定により認定を受けた場合は、認定後最初に到来する9月30日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に定める日までとする。

- (1) 有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障害者の受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日
- (2) 12歳に達する場合 12歳に達する日以後の最初の3月末日
- (3) 65歳未満の者が有効期限までに65歳に達する場合 65歳に達する日の属する月の末日

(医療証の更新申請等)

第6条 受給資格者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、重度障害者医療証更新申請書により医療証の更新を申請することができる。

2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。

(医療証の再交付)

第7条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、重度障害者医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を

添えなければならない。

- 3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第8条 条例第7条に規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーションその他町長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(重度障害者医療費の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障害者医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、受給資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、重度障害者医療費請求書を提出するものとする。

(重度障害者医療費の支給申請)

第10条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障害者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障害者医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、重度障害者が、上毛町国民健康保険の被保険者であって当該重度障害者に係る重度障害者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(医療費に関する決定の通知)

第11条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障害者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第 12 条 条例第 9 条で規定する規則で定める事項は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 重度障害者の住所及び氏名
- (2) 重度障害者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者」という。）の住所及び氏名（重度障害者が被保険者等でない場合のみ）
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が重度障害者又は被保険者等でない場合のみ）
- (4) 重度障害者の死亡
- (5) 重度障害者の被保険者等
- (6) 重度障害者の被保険者等に係る保険者
- (7) 障害の程度が軽減した事実
- (8) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第 9 条の規定により、届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障害者医療変更届に医療証を添えこれを町長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第 3 条に規定する対象者でなくなったときは、重度障害者医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、重度障害者医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

（様式）

第 13 条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 重度障害者医療費受給資格（認定・更新）申請書 様式第 1 号
- (2) 重度障害者医療証（6 歳から 12 歳用） 様式第 2 号
- (3) 重度障害者医療証（12 歳から 65 歳未満用） 様式第 3 号
- (4) 重度障害者医療証（12 歳から 65 歳未満、精神障害者用） 様式第 3

号の2

- (5) 重度障害者医療証（65歳以上、後期高齢者医療被保険者用） 様式第4号
- (6) 重度障害者医療証（65歳以上、後期高齢者医療被保険者用、精神障害者用） 様式第4号の2
- (7) 障害者医療証再交付申請書 様式第5号
- (8) 子障親医療費請求書（医科、歯科用） 様式第6号
- (9) 子障親医療費請求書（調剤用） 様式第7号
- (10) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第8号
- (11) 障害者医療費支給申請書 様式第9号
- (12) 障害者医療変更届 様式第10号
- (13) 第三者の行為による被害届 様式第11号
- (14) 障害者医療費受給資格喪失届 様式第12号

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成17年10月11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、合併前の重度心身障害者医療費の支給に関する規則（昭和49年新吉富村規則第41号）又は大平村重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則（昭和49年大平村規則第7号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年10月1日規則第12号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の上毛町

重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、上毛町重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年条例第20号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成27年12月28日規則第21号）

（施行期日）

第1条 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式（以下「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。

2 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28年9月30日規則第9号）

（施行期日等）

第1条 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

第2条 町長は、前条の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の上毛町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、上毛町重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成28年上毛町条例第16号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

（経過措置）

第3条 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式（以下「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。

2 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。

様式第1号(第13条関係)

重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書（兼台帳）														
医療証番号					資格認定年月日		年 月 日							
申請事由		新規・更新・転入・その他（ ）			年齢区分		3歳から12歳・65歳未満・65歳以上							
①受給者	ふりがな	(男・女)			住所	〒 ー								
	氏 名													
	生年月日	年 月 日生												
	個 人 番 号													
	ふりがな	(男・女)			住所	〒 ー								
保護者氏 名														
個 人 番 号														
②障害の状態	身体障害の状況	程度(等級別)			の の 級									
		身障手帳の番号			年 月 日発行第 号(再判定 年 月)									
	知的障害の状況	程度	重度・中度		判定機関									
		判定日	年 月 日(再判定 年 月)		摘要									
	精神障害の状況	程度(等級別)			年 月 日発行第 号(期限 年 月 日)									
		精神手帳の番号			年 月 日発行第 号(期限 年 月 日)									
	国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定	年 月 日まで								
特別児童扶養手当受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定	年 月 日まで									
③医療保険	被保険者氏名				受給者との続柄									
	保険種別	政・組・日・船共・国・後期			被保険者証の記号番号									
	保険者名				保険者番号									
	所在地				付加給付の有無		有・無							
	高額療養費代理受給委任状の有無				有・無									
④その他	同居者氏名	(続柄)			(続柄)		(続柄)							
		(続柄)			(続柄)		(続柄)							
	施設入居の有無	有・無		他に受けることができる公費負担										
上記のとおり、重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕を申請します。 なお、この制度の資格審査・認定にあたり、町が保有する公簿等により確認することに同意します。 そして、町が町民税に係る情報等の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。 また、高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を町に委任します。 上毛町長 殿 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話 ㊟														
所得状況		本人			配偶者			扶養義務者						
控除後の所得額		円			円			円						
控除対象親族等		人			人			人						
限度額		円			円			円						
審査欄	資格審査	① 可	所得審査	① 可	判定	① 認定	公簿確認	戸籍・住民票・外人登録生保・他制度医療・所得						
	② 否	② 否	② 却下											

様式第2号(6歳から12歳用)(第13条関係)																			
(表 面)										(裏 面)									
福岡県障害者医療 医 療 証										注意事項									
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで																	
負 担 者 番 号		8	0	4	0														
受 給 者 番 号																			
受 給 者	住 所																		
	氏 名									男・女									
	生 年 月 日	年 月 日																	
一 部 自 己 負 担 金		入院 1日当たり500円(月7日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月7日限度) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。																	
発行機関名 及 び 印		福岡県 上毛町長																	
交付年月日		年 月 日																	
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。 (ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)																			
1. この証は、上毛町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口提出して下さい。 3. 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。) 9. 後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。																			
1. 規格 日本工業規格 B列7番 2. 印刷色 黒色 3. 地色 <u>ピンク</u> 4. 負担者番号 別紙のとおり 5. 受給者番号 市町村において設定する。																			

様式第3号(12歳から65歳未満用)(第13条関係)									
(表 面)					(裏 面)				
福岡県障害者医療 医療証									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								男・女
	生年月日	年 月 日							
一部自己負担金		入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月20日限度) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。							
発行機関名及び印		福岡県 上毛町長							
交付年月日		年 月 日							
注意事項 1. この証は、上毛町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3. 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。) 9. 後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。									
1. 規格 日本工業規格 B列7番 2. 印刷色 黒色 3. 地色 ブルー 4. 負担者番号 別紙のとおり 5. 受給者番号 市町村において設定する。									
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。 (ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)									

様式第3号の2(12歳から65歳未満：精神障害者用)(第13条関係)		(表 面)		(裏 面)	
福岡県障害者医療 医療 証					
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
負担者番号		8	0	4	0
受給者番号					
受給者住所					
氏名					男・女
生年月日		年 月 日			
一部自己負担金		入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月20日限度) 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。			
発行機関名及び印		福岡県 上毛町長			
交付年月日		年 月 日			
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。 (ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)					
注意事項					
1. この証は、上毛町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3. 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。 9. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。) 10. 後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。					
1. 規格		日本工業規格 B列7番			
2. 印刷色		黒色			
3. 地色		ブルー			
4. 負担者番号 別紙のとおり					
5. 受給者番号 市町村において設定する。					

様式第4号(65歳以上：後期高齢者医療被保険者用)(第13条関係)

(表 面)

福岡県障害者医療									
障 医 療 証									
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで							
負 担 者 番 号		8	0	4	0				
受 給 者 番 号									
受 給 者	住 所								
	氏 名								男・女
	生 年 月 日	年 月 日							
一 部 自 己 負 担 金		入院 1日当たり500円(月20日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月20日限度)〕 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。							
発 行 機 関 名 及 び 印		福岡県 上毛町長							
交 付 年 月 日		年 月 日							

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)

(裏 面)

注意事項
1. この証は、上毛町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
3. 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日、町での差額の払い戻し申請を行ってください。
8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

- 規格 日本工業規格 B列7番
- 印刷色 黒色
- 地色 白色
- 負担者番号
別紙のとおり
- 受給者番号
市町村において設定する。

様式第4号の2(65歳以上：後期高齢者医療被保険者用：精神障害者用)(第13条関係)												1. 規格 日本工業規格 B列7番 2. 印刷色 黒色 3. 地色 白色 4. 負担者番号 別紙のとおり 5. 受給者番号 市町村において設定する。			
(表 面)														(裏 面)	
福岡県障害者医療 障 医 療 証														注意事項	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで										1. この証は、上毛町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3. 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日、町での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。 9. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)			
負担者番号		8	0	4	0										
受給者番号															
受給者	住所														
	氏名										男・女				
	生年月日	年 月 日													
一部自己負担金		入院 1日当たり500円(月20日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり300円(月20日限度)〕 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)													
		入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。													
発行機関名及び印		福岡県 上毛町長													
交付年月日		年 月 日													
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。 (ただし、社会保険の方は大分県中津市では使用できます。)															

障 害 者 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

上毛町長 殿

住所
申請者 氏名 ⑩
電話

下記のとおりですから、障害者医療証を再交付して下さるよう申請します。

障害者医療証の
受 給 者 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 給 者 の
氏 名 _____

- 申 請 の 理 由
1. 失くした
 2. 破れた
 3. 汚れた
 4. その他()

様式第6号(第13条関係)

1	3	8
医 科	歯 科	医 保

年 月分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおりに請求する。
年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

㊦

		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
		保 険 給 付 別 割 合	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

薬 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名

㊦

	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					
	保 険 給 付 別		件 数	処方せん の枚数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求					
		*決 定					
	8割	請 求					
		*決 定					
	割	請 求					
		*決 定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿

訪 問 看 護
ステーションコード

訪問看護ステーションの
所 在 地 及 び 名 称
開 設 者 氏 名
下記のとおりに請求する。
年 月 日



	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						
	保 険 給 付 別		件 数	実日数	総 金 額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求						
		*決 定						
	8割	請 求						
		*決 定						
	割	請 求						
		*決 定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

障害者医療費支給申請書									
年 月 日									
上毛町長 殿									
住所									
申請者 氏名 ㊟									
電話									
次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、障害者医療費の支給を申請します。									
障害者医療証 の受給者番号						被保険者証等の 記 号・番 号			
受給者氏名						保険者名称			
						世 帯 主			
生年月日						被 保 険 者 等 氏 名			
傷 病 名									
	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで								
医 療 機 関	所在地								
	名 称								
医療費総額	円					申 請 額	円		
申 請 理 由 該当する番号 を○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他								
振 込 先 □前回と変更なし	銀行名								
	支店名								
	口座番号								
	フリガナ 名 義 人								

様式第 10 号(第 13 条関係)

障 害 者 医 療 変 更 届

年 月 日

上毛町長 様

届出人 住所

氏名



受給者 氏名

障害者医療証

の受給者番号

--	--	--	--	--	--

次のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事項(該当するものを○で囲む。)

- 1 受給者の住所 2 世帯主等の住所 3 受給者の氏名
- 4 世帯主等の氏名 5 受給者の世帯主、被保険者等
- 6 被保険者証等の記号・番号
- 7 その他(

II 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

様式第11号(第13条関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

上毛町長 殿

届出人 住所
氏名
電話



次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)	
加害者	住所		氏名	職業 電話
加害者の 使用者	住所		氏名	職業 電話
負傷の日時及び場所	年 月 日午前・午後 時 分頃 場所			
発病の原因 又は負傷時の状況				
疾病又は負傷の程度		治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた 医師名	当初	住所	氏名	電話
	転医後	住所	氏名	電話
自動車事故 の場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地	
損害賠償に 関する交渉 の経過				

様式第12号(第13条関係)

障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

上毛町長 殿

届出人 住所

氏名 

電話

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1, 転出予定 2, 生活保護受給 3, 死亡 4, 所得超過 5, その他()
受給資格喪失年月日		年 月 日
医療証	受給者番号	
	氏 名	

様式第1号（第13条関係）

様式第2号（第13条関係）

様式第3号（第13条関係）

様式第3号の2（第13条関係）

様式第4号（第13条関係）

様式第4号の2（第13条関係）

様式第5号（第13条関係）

様式第6号（第13条関係）

様式第7号（第13条関係）

様式第8号（第13条関係）

様式第9号（第13条関係）

様式第10号（第13条関係）

様式第11号（第13条関係）

様式第12号（第13条関係）