

○厚岸町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

平成14年 4 月 1 日

規則第25号

改正 平成14年10月 1 日規則第48号

平成15年10月 1 日規則第34号

平成16年10月 1 日規則第32号

平成17年 9 月30日規則第24号

平成18年 9 月29日規則第59号

平成19年11月30日規則第40号

平成20年 3 月31日規則第22号

平成20年10月 1 日規則第42号

平成20年12月30日規則第49号

平成26年 5 月30日規則第24号

平成27年12月30日規則第57号

平成28年 3 月31日規則第21号

平成28年 7 月29日規則第44号

厚岸町重度心身障害者及び母子家庭等医療費の助成に関する条例施行規則（昭和58年厚岸町規則第 3 号）の全部を改正する。

（趣旨）

第 1 条 この規則は、厚岸町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例（昭和48年厚岸町条例第21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。

（一部負担金）

第 2 条 条例第 2 条第 5 項の規定による一部負担金は、次のとおりとする。ただし、満12歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の 3 月31日までの者は除く。

(1) 受給者の属する世帯員全員が市町村民税非課税者の場合

初診時一部負担金（医科診療に係るときは初診 1 件につき580円、歯科診療に係るときは初診 1 件につき510円、柔道整復に係るときは初診 1 件につき270円）

(2) 上記以外の場合

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。）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず44,400円とし、令第14条第3項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第3項の規定にかかわらず12,000円とする。

（一部負担金と基本利用料の合算）

第2条の2 前条第2号の場合であって受給者が条例第2条第7項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

（条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額等）

第3条 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法は、別表によるものとする。

（受給者証の交付申請）

第4条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、受給者証交付申請書（別記様式第1号又は別記様式第2号）を町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 重度心身障害者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身体障害者手帳又は同項第2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類又は同項第3号に規定する精神障害者保健福祉手帳
- (2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は監護している事実を明らかにすることができる書類
- (3) 条例第3条第3号又は同条第4号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養

義務者の所得の状況を明らかにする書類

- (4) 条例第3条に規定する助成の対象となる者の属する世帯員全員が市町村民税非課税の場合にあっては、それを確認できる書類。ただし、受給者が3歳未満（3歳児に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）の場合を除く。

3 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が、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させることができるものとする。

4 町長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

（受給者の決定）

第5条 町長は、条例第6条第1項により、受給資格者であることを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証（交付・再交付）通知書（別記様式第3号）により、受給資格者であることを承認しないことを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（別記様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第6条 町長は、条例第6条第1項の規定により受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証（別記様式第5号又は別記様式第6号）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、受給資格者であると決定された日から最初に到来する7月31日までとする。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

（受給者証の再交付申請）

第7条 受給資格者は、受給者証を破り、よごし、又は失ったことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（別記様式第7号）を、町長に提出してその再交付を受けることができる。

（条例第4条第2項に規定する額等）

第7条の2 条例第4条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は、令第

15条第3項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）に規定する額とする。

（助成金の交付申請）

第8条 受給資格者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給申請書（別記様式第8号）を町長に提出するものとする。

2 第2条第2号に規定する者の高額療養費の申請は、町長が北海道国民健康保険団体連合会からの給付一覧表で一部負担金の確認ができる場合は高額療養費支給申請書（別記様式第9号）の提出を初回のみとすることができる。

（助成金の交付の決定）

第9条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（別記様式第10号）により当該申請者に通知するものとする。

（届出）

第10条 条例第9条第1項第1号の規定による届出は、氏名又は住所等変更届（別記様式第11号）により、同条第2号の規定による届出は、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（別記様式第12号）により行うものとし、当該届書には受給者証を添付するものとする。

附 則

この規則は、平成14年4月1日から施行する。

ただし、第2条及び第3条の規定は平成13年10月1日から適用する。

附 則（平成14年10月1日規則第48号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成15年10月1日規則第34号）

この規則は、平成15年10月1日から施行する。

附 則（平成16年10月1日規則第32号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成17年9月30日規則第24号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

附 則（平成18年 9 月29日規則第59号）

- 1 この規則は、平成18年10月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取り扱いについては、なお従前の例による。

附 則（平成19年11月30日規則第40号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年 3 月31日規則第22号）

この規則は、平成20年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成20年10月 1 日規則第42号）

- 1 この規則は、平成20年10月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取り扱いについては、なお従前の例による。

附 則（平成20年12月30日規則第49号）

この規則は、平成21年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成26年 5 月30日規則第24号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成26年 6 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各規則の様式による用紙で、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（平成27年12月30日規則第57号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年 1 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厚岸町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則別記様式第 1 号、別記様式第 2 号、別記様式第11号及び別記様式第12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（平成28年 3 月31日規則第21号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年7月29日規則第44号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年8月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取扱いについては、なお従前の例による。

別表（第3条関係）

第3条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

(1) 条例第3条第3号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。以下同じ。）とし、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項に定める額とする。

(2) 条例第3条第4号に規定する所得の額は、前年の所得とし、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4項に定める額とする。

2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

(1) 所得の範囲

ア 条例第3条第3号に該当する場合にあっては、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2項において準用する同令第4条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第4号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第9条第2項並びに児童扶養手当法施行令第2条の4第3項及び第3条第1項の規定によるものとする。

(2) 所得の額の計算方法

ア 条例第3条第3号に該当する場合にあっては、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3項において準用する同令第5条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第4号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法施行令第4条

第1項及び第2項の規定によるものとする。

別記様式第1号(第4条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所
電話 ()
氏名
対象者との続柄
個人番号
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

※ 受 給 者 番 号																
申 請 内 容	申 請 状 況	対 象 者	ふ り が な							住所						
			対 象 者							電話 ()						
			生 年 月 日	年 月 日		生 (歳)										
		対 象 者 と の 続 柄	個 人 番 号													
			ふ り が な							住所						
			世 帯 主							電話 ()						
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	身 体 障 害 者 又 は 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	交 付 年 月 日	年 月 日		障 害 の 級		級								
			番 号	第 号												
		知 能 指 数 の 判 定	療 手	交 付 年 月 日	年 月 日		判 定		A ・ B							
			育 帳	番 号	釧 第 号											
状 況	判 定 (診 断)	判 断 (診 断) 年 月 日		年 月 日		総 合 判 定 (診 断)		重度 ・ 中度 ・ 軽度								
		判 定 (診 断) 機 関 名														
	医 療 保 険	種 別	国 (市 町 村 ・ 組) 健 (協 ・ 組) 船 ・ 日 ・ 共		記 号 番 号		附 加 給 付		有 ・ 無							
		被 保 険 者 (世 帯 主)			被 保 険 者 証 発 行 機 関											
添 付 書 類	高 齢 者 の 医 療 の 確 保 に 関 す る 法 律	被 保 険 者 番 号			資 格 取 得 月 日		年 月 日									
	添 付 書 類	・ 身体障害者又は精神障害者保健福祉手帳の写し ・ 入通院の申立書														
決 定 欄	※	課 長			補 佐			係 長			ス ャ ッ プ			決 定 年 月 日	年 月 日	
	1	上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。														
	2	次の理由により上記申請を却下する。														
却 下 理 由	却 下 理 由															

(注) 申請者は※印欄は記入しないで下さい

別記様式第2号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所
電話 ()
氏名 印
対象者との続柄
個人番号

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

※	受給者番号									
申請者の状況	対象者の状況	母又は父・子の別		母又は父		子				
		ふりがな								
		対象者								
		生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		
		申請者との続柄								
		個人番号								
	同居・別居	別居・同居の別		別居・同居		別居・同居		別居・同居		
		別居地								
		別居の理由								
内容	父母の状況	氏名		父		母				
		状況		生存・死亡 年 月 日		生存・死亡 年 月 日				
	ひとり親家庭等となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄、拘禁、配偶者の障害、両親の死亡、両親の行方不明、その他				発 生 年 月 日 年 月 日			
	医療保険	種 別		国(市町村・組) 健(協・組) 船・日・共		記 号 番 号		付加 給付		
		被 保 険 者 (世 帯 主)				被保険者証発行機関		有・無		
	添 付 書 類				養 育 費(80/100 相 当) 有 ・ 無					
※ 決定欄	課長		補佐		係長		スタ ッフ		決 定 年月日	年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。									
	2 次の理由により、上記申請を却下する。									
却 下 理 由										

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

別記様式第3号(第5条関係)

年 月 日

様

厚岸町長

重度心身障害者
医療費受給者証【交付・再交付】通知書
ひとり親家庭等

年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証(交付・再交付)、ひとり親家庭等医療費(交付・再交付)申請については、別添重度心身障害者医療受給者証・ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。

審査請求及び取消訴訟

- 1 この決定(以下「処分」といいます。)について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、厚岸町を被告として(訴訟において厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、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年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、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年を経過した後であっても審査請求をすることや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。

別記様式第4号(第5条関係)

第 号
年 月 日

様

厚岸町長



重度心身障害者 医療費受給者証交付申請却下通知書
ひとり親家庭等

年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証交付申請、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。

【理由】

審査請求及び取消訴訟

- 1 この決定(以下「処分」といいます。)について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、厚岸町を被告として(訴訟において厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、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年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、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年を経過した後であっても審査請求をすることや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。

別記様式第5号(第6条関係)

その1

(表面)

【障初】				重度心身障害者医療費受給者証			
市町村 番 号				受給者 番 号			
受 給 者	住 所						
	氏 名						男・女
	生年月日	年 月 日					
有 効 期 限		年 月 日から 年 月 日まで					
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印					
交 付 年 月 日		年 月 日					

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 ■町民税非課税世帯 ・初診の場合 医科受診 580円 歯科受診 510円 柔道整復受療 270円	
2 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に提出してください。	
3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。	
4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。	
5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。	
6 この証を破ったり、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。	
7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。	
8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。	
保険医療機関等の皆様へ 厚岸町では、12歳年度末(小学校卒業)までの受給者が保険医療機関等を受診した場合は、一部負担金を助成していますので、受給者に請求せず厚岸町へ請求してください。 なお、初診時一部負担金の請求の際は、請求書の初診料を○で囲み、請求してください。	

その2

(表面)

【老初】 重度心身障害者医療費受給者証			
市町村 番 号			受給者 番 号
受 給 者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有 効 期 限		年 月 日	から 年 月 日まで
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印	
交 付 年 月 日		年 月 日	

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

その3

(表面)

【障課】 重度心身障害者医療費受給者証			
市町村 番 号			受給者 番 号
受 給 者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有 効 期 限		年 月 日	から 年 月 日まで
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印	
交 付 年 月 日		年 月 日	

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 ■町民税非課税世帯 - 初診であり高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金の支払いを必要とする場合 - 医科受診 580円 - 歯科受診 510円 - 柔道整復受療 270円 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。 5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、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。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

(裏面)

注 意 事 項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 ■町民税課税世帯 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額 2 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に提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。 5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、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。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 保険医療機関等の皆様へ 厚岸町では、12歳年度末(小学校卒業)までの受給者が保険医療機関等を受診した場合は、一部負担金を助成していますので、受給者に請求せず厚岸町へ請求してください。 なお、一部負担金の請求の際は、請求書の一部負担金を○で囲み、請求してください。

その4

(表面)

【老課】				重度心身障害者医療費受給者証			
市町村 番 号				受給者 番 号			
受 給 者	住 所						
	氏 名						男・女
	生年月日	年 月 日					
有 効 期 限		年 月 日 から 年 月 日 まで					
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印					
交 付 年 月 日		年 月 日					

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。
 ■町民税課税世帯
 ・医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額
- 2 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に提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。
- 5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、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。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

別記様式第6号(第6条関係)

その1

(表面)

【親初】				ひとり親家庭等医療費受給者証			
市町村 番 号				受給者 番 号			
受 給 者	住 所						
	氏 名					男・女	
	生年月日		年		月		日
有効期限		年		月		日から 日まで	
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 					
交 付 年 月 日		年		月		日	

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 ■町民税非課税世帯 ・初診の場合 医科受診 580円 歯科診療 510円 柔道整復受療 270円 2 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ください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。 5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、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。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 <u>保険医療機関等の皆様へ</u> 厚岸町では、12歳年度末(小学校卒業)までの受給者が保険医療機関等を受診した場合は、一部負担金を助成していますので、受給者に請求せず厚岸町へ請求してください。 なお、初診時一部負担金の請求の際は、請求書の初診料を○で囲み、請求してください。	

その2

(表面)

【親課】				ひとり親家庭等医療費受給者証			
市町村 番 号				受給者 番 号			
受 給 者	住 所						
	氏 名					男・女	
	生年月日		年 月 日				
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで					
発行機関 名 及 び 印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印					
交付年月日		年 月 日					

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 ■町民税課税世帯 ・医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額 2 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に提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。 5 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、14日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、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。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに厚岸町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 保険医療機関等の皆様へ 厚岸町では、12歳年度末(小学校卒業)までの受給者が保険医療機関等を受診した場合は、一部負担金を助成していますので、受給者に請求せず厚岸町へ請求してください。 なお、一部負担金の請求の際は、請求書の一部負担金を○で囲み、請求してください。

別記様式第7号(第7条関係)

重度心身障害者
医療費受給者証再交付申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊞

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次の理由により重度心身障害者医療費受給者証、ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	住 所				
	氏 名		受給者証 記号番号		第 号
理 由	1 破損した				
	2 汚損した				
	3 紛失した				
	4				

別記様式第8号(第8条関係)

重度心身障害者
医療費支給申請書
ひとり親家庭等

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

受給者	受給者証 記号番号	第 号	医療保険 記号番号			
	住 所					
	氏 名		生年月日	年	月	日
医療を受ける 病院等	名 称					
	住 所					
診療の内容	入院、入院外の別		療 養 の 期 間	自 至	年 月 日	年 月 日
	発 病 の 原 因			療養日数	月(日)	
	療養に要 した費用	円				
理 由						

別記様式第9号(第8条関係)
その1

ひとり親家庭等医療費高額療養費支給申請書

母 又 は 父	住 所	〒			
	電話番号 ()				
	受給者番号	氏 名		生年月日	年 月 日
子	受給者番号	氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者番号	氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者番号	氏 名		生年月日	年 月 日
保険者の名称、事務所の所在地			被保険者証の記号番号		

口座 振替 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	種 目	
				1 普 通 預 金	
				2 当 座 預 金	
				3 そ の 他	
	金融機関コード		店舗コード	口 座 番 号	
	ふりがな				
	口座名義人				

厚岸町長 様

上記のとおり、高額療養費の申請をします。

年 月 日

申請者氏名 ⑪
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

その2

重度心身障害者医療費高額療養費支給申請書

受給者	住 所	〒			
		電話番号 ()			
	受給者番号	氏 名	生年月日	年 月 日	
	受給者番号	氏 名	生年月日	年 月 日	
保険者の名称、事務所の所在地			被保険者証の記号番号		

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	種 目	
				1 普 通 預 金	
				2 当 座 預 金	
				3 そ の 他	
	金融機関コード		店舗コード	口 座 番 号	
ふりがな					
口座名義人					

厚岸町長 様

上記のとおり、高額療養費の申請をします。

年 月 日

申請者氏名 
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

別記様式第10号(第9条関係)

第 号
年 月 日

様

厚岸町長



重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書

次のとおり重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の支給額を決定しましたので通知します。

記

- 1 決定支給額 金 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払方法 口座振込
窓口払い

(注)窓口で受領の際は、認印及び本通知書を持参ください。

(課 係)

審査請求及び取消訴訟

- この決定(以下「処分」といいます。)について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、厚岸町を被告として(訴訟において厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、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年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、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年を経過した後であっても審査請求をすることや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。

別記様式第11号(第10条関係)

氏名又は住所等変更届(重度・ひとり親)

年 月 日

厚岸町長 様

届 出 人 住所
氏名 ⑩
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)
個人番号

次のとおり(住所・氏名・保険者)に変更がありましたので届出します。

受給者証 記号番号		※ 第 号						
受給者 名				受給者証 記号番号		第 号		
個人番号								
住 所	新					変更 年 月 日		
	旧							
氏 名	新					変更 年 月 日		
	旧							
保 険 者	新	種		保 険		記 号		変更 年 月 日
	旧	類		者 名		番 号		年 月 日
	新	附加給付 の 有 無			附加給付 の 内 容			変更 年 月 日
	旧							年 月 日
	新	世帯主等 の 氏 名						変更 年 月 日
旧							年 月 日	

(注)届出人は、※印欄は記入しないで他の欄の関係分のみ記入すること。

別記様式第12号(第10条関係)

重度心身障害者
医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

厚岸町長 様

届出人 住所

氏名 ㊟

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

次の理由により、重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の受給資格が喪失しましたので届出します。

記

受給者	受給者証 記号番号		第	号
	氏 名			
	個人番号			
理由	1	他市町村に転出することになった (~)		
	2	国民健康保険の被保険者でなくなった		
	3	健康保険等の被保険者でなくなった		
	4	死亡した		
	5			

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

別記様式第 2 号（第 4 条関係）

別記様式第 3 号（第 5 条関係）

別記様式第 4 号（第 5 条関係）

別記様式第 5 号（第 6 条関係）

別記様式第 6 号（第 6 条関係）

別記様式第 7 号（第 7 条関係）

別記様式第 8 号（第 8 条関係）

別記様式第 9 号（第 8 条関係）

別記様式第10号（第 9 条関係）

別記様式第11号（第10条関係）

別記様式第12号（第10条関係）