

厚岸町規則第44号

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の一部を改正する規則をここに公布する。

平成28年7月29日

厚岸町長 若狭 靖

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の一部を改正する規則

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年厚岸町規則第25号）の一部を次のように改正する。

第1条中「昭和48年条例第21号」を「昭和48年厚岸町条例第21号」に改める。

第2条に次のただし書を加える。

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。

第2条第1号中「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。）又はその」を「受給者の」に改める。

第4条第2項第4号を次のように改める。

(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。

別記様式第5号及び別記様式第6号を次のように改める。

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。

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 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。

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 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、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、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口提出してください。 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 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 	
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、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。	

附 則

(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。