

生駒市規則第30号

生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則をここに公布する。

平成27年12月25日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例（平成27年12月生駒市条例第39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。

(受給資格の認定申請)

第2条 条例第3条に規定する助成金（以下「助成金」という。）の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、重度心身障害老人等医療費受給資格認定（更新）申請書（様式第1号。以下「受給資格認定申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく被保険者証
- (2) 申請者、申請者の配偶者及び申請者の扶養義務者の所得の状況を証する書類
- (3) 条例第2条第1号に掲げる者にあつては身体障害者手帳又は療育手帳、同条第2号に掲げる者にあつては同号に該当することを証する書類

2 市長は、前項の規定により受給資格認定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。

(認定通知)

第3条 市長は、受給資格認定申請書を受理した場合において、申請者が条例第2条に規定する要件に該当すると認めるときは受給資格の認定を通知するものとし、当該要件に該当しないと認めるときは理由を付してその旨を通知するものとする。

2 市長は、受給資格認定申請書の提出がない場合においても、条例第2条に規定する医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、前項の規定に準じて受給資格の認定を通知することができる。

(支給方法)

第4条 市長は、受給資格の認定を受けた者（以下「受給者」という。）が医療に関する給付を受けて自己負担額（条例第3条に規定する法令の規定によって受給者が負担した額をいう。以下同じ。）を支払ったときは、当該自己負担額に関する奈良県後期高齢者医療広域連合からの通知に基づき助成金を支給するものとする。

2 受給者は、市長が前項の規定によることができないと認めるときは、重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書（様式第2号）を市長に提出しなければならない。

(受給資格の更新申請)

第5条 受給者は、毎年6月1日から同月末日までに、受給資格認定申請書に第2条第1項に規定する書類を添えて市長に提出し、受給資格の認定の更新を申請することができる。

2 第2条第2項及び第3条の規定は、前項の規定による受給資格の認定の更新申請について準用する。

(届出)

第6条 条例第4条に規定する規則で定める理由は、次のとおりとする。

(1) 受給者が住所又は氏名を変更したとき。

(2) 条例第2条に規定する者に該当しなくなったとき。

(3) 助成金の振込指定口座を変更したとき。

(受給者台帳の整備)

第7条 市長は、受給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、常にその内容について整理しておかなければならない。

(施行の細目)

第8条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

重度心身障害老人等医療費受給資格認定(更新)申請書

|       |         |       |         |
|-------|---------|-------|---------|
| 申請者   | ふりがな    |       | 居住地(住所) |
|       | 氏名      |       |         |
|       | 個人番号    |       |         |
| 配偶者   | 氏名      |       | 住所 □同上  |
|       | 個人番号    |       |         |
|       | 生年月日    | 年 月 日 |         |
| 扶養義務者 | 氏名      |       | 住所 □同上  |
|       | 個人番号    |       |         |
|       | 生年月日    | 年 月 日 |         |
|       | 対象者との続柄 |       |         |

| 所得                    | 年度分所得   | ① 申請者                              |   | ② 配偶者及び扶養義務者 |   |   |
|-----------------------|---|------------------------------------|---|--------------|---|---|
|                       | 氏名  |                                    |   |              |   |   |
| 所得                    | ③ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数<br>(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、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歳未満の者又は老人扶養親族の合計数)) | 人                                  | 人 | 人            | 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   | 人                                  |   |              |   |   |
| 状況                    | ⑤ 所得額   | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
|                       | ⑥ 金品等の額   | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
|                       | 控除  | 雑損                                 | 円 | 円            | 円 | 円 |
|                       |   | 医療費                                | 円 | 円            | 円 | 円 |
|                       |   | 社会保険料                              | 円 | 円            | 円 | 円 |
|                       | ⑦ 小規模企業共済等掛金  | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
|                       | 配偶者特別   | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
|                       | 調   | 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 | 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          | 人 | 人            | 人 | 人 |
|                       |   | 障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例      | 円 | 円            | 円 | 円 |
| 肉用牛の販売による農業所得についての免除額 |   | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
| ※ 控除後の所得額             |   | 円                                  | 円 | 円            | 円 |   |
| ※ 審査                  |   | 認定・却下                              |   |              |   |   |

|            |                                 |  |      |      |  |  |  |  |  |
|------------|---------------------------------|--|------|------|--|--|--|--|--|
| ⑧ 申請理由     | 心身障害者の方<br>該当する番号、項目を○で囲んでください。 | 1 身体障害者手帳(1級 2級)を所持している。<br>2 療育手帳(A1 A2)を所持している。                          |      |      |  |  |  |  |  |
|            | ひとり親家庭等の方<br>該当する番号を○で囲んでください。  | 1 配偶者のない方で18歳未満の児童を扶養しているもの<br>2 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のない者又は婚姻をしたことのない者 |      |      |  |  |  |  |  |
| ⑨ 振込指定金融機関 | 銀行                              | 種目   | 口座番号 |      |  |  |  |  |  |
|            | 信用金庫                            | 本店   | 1 普通 | ふりがな |  |  |  |  |  |
|            | 信用組合                            | 支店   | 2 当座 | 名義   |  |  |  |  |  |
|            | 農協                              | 出張所  | 3 貯蓄 |      |  |  |  |  |  |

上記のとおり受給資格の認定を申請します。

なお、以後市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けることに同意します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )

印

生駒市長 殿

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

## 重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書

年 月 日

生駒市長 殿

|   |   |
|---|---|
| 金 | 円 |
|---|---|

申請者 住所  
氏名  
電話番号

印

年 月 分 医療費助成金を交付されるよう請求します。

|                   |  |            |        |
|-------------------|--|------------|--------|
| 後期高齢者医療<br>被保険者番号 |  | 受給者名<br>氏名 |        |
|                   |  |            | 年 月 日生 |

なお、助成金の振込は、

- 自動償還登録口座へ振り込んでください。  
 次の口座へ振り込んでください。

|          |      |    |          |  |  |  |      |      |     |  |
|----------|------|----|----------|--|--|--|------|------|-----|--|
| 振込<br>口座 | 銀行   | 本店 | 口座<br>番号 |  |  |  | 1 普通 | ふりがな |     |  |
|          | 信用金庫 |    |          |  |  |  |      | 2 当座 | 名 義 |  |
|          | 農協   | 支店 |          |  |  |  |      | 3 貯蓄 |     |  |

※以下の欄は記入しないでください。

|                            |                                |    |     |         |  |  |  |  |  |  |    |
|----------------------------|--------------------------------|----|-----|---------|--|--|--|--|--|--|----|
| 医<br>療<br>等<br>の<br>状<br>況 | ※ 入院の状況 入院期間（ 年 月 日から 年 月 日まで） |    |     |         |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 医療機関名（診療科）                     | 日数 | 総点数 | 自己負担支払額 |  |  |  |  |  |  | 備考 |
|                            |                                | 日  | 点   | 円       |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | ※ 通院の状況                        |    |     |         |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 医療機関名（診療科）                     | 日数 | 総点数 | 自己負担支払額 |  |  |  |  |  |  | 備考 |
|                            |                                | 日  | 点   | 円       |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 医療機関名（診療科）                     | 日数 | 総点数 | 自己負担支払額 |  |  |  |  |  |  | 備考 |
|                            |                                | 日  | 点   | 円       |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 医療機関名（診療科）                     | 日数 | 総点数 | 自己負担支払額 |  |  |  |  |  |  | 備考 |
|                            |                                | 日  | 点   | 円       |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 医療機関名（診療科）                     | 日数 | 総点数 | 自己負担支払額 |  |  |  |  |  |  | 備考 |
|                            |                                | 日  | 点   | 円       |  |  |  |  |  |  |    |
|                            | 合 計                            |    |     | 円       |  |  |  |  |  |  |    |

|               |            |            |          |   |
|---------------|------------|------------|----------|---|
| 自己負担額<br>( 円) | 附加給付額 ( 円) | 一部負担金 ( 円) | 支給額 ( 円) |   |
|               | -          |            | =        | 円 |
|               |            |            |          | 円 |