

生駒市規則第 2 4 号

生駒市心身障害者医療費助成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 2 8 年 6 月 1 4 日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市心身障害者医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

生駒市心身障害者医療費助成条例施行規則（平成 1 7 年 7 月生駒市規則第 2 2 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 1 項中「心身障害者医療費受給資格証交付申請書」を「心身障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書」に改める。

第 4 条第 1 項中「その旨を通知するものとする」を「心身障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書（様式第 3 号）を交付するものとする」に改める。

第 5 条第 2 項中「（様式第 3 号）」を「（様式第 4 号）」に改める。

第 7 条第 1 項中「（様式第 4 号）」を「（様式第 5 号）」に改める。

様式第 1 号を次のように改める。

様式第 3 号及び様式第 4 号を次のように改める。

様式第3号（第4条関係）

心身障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書

第 年 月 号
年 月 日

殿

生駒市長



年 月 日付けで申請のあった心身障害者医療費受給資格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）

（行政不服審査法（平成26年法律第68号）及び行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の
規定による教示）

心身障害者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

印

電話

年 月分の医療費助成金を交付されるよう請求します。

受給者番号		受給者名 氏名	
			年 月 日生
医療保険名称及び 保険者番号		医療保険 記号・番号	記号 番号

なお、助成金の振込は（どちらかにチェックしてください。）

- 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。

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座 番号			1 普通 2 当座 3 貯蓄	フリガナ 名義
------	--------------------------	-----------------	----------	--	--	----------------------	------------

学校の怪我である はい いいえ

※以下の欄は記入しないでください。

医療 等 の 状 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	
合 計				円	

自己負担額	附加給付額（ 円）	一部負担金	支給額	
（ 円）	－	（ 円）	＝	円
	高額療養費（ 円）	（ 円）		

医療費助成金の請求期間は5年です。

様式第4号の次に次の1様式を加える。

附 則

この規則は、平成 2 8 年 8 月 1 日から施行する。