

生駒市規則第 25 号

生駒市重度心身障害老人等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 28 年 6 月 14 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の一部を改正する規則
生駒市重度心身障害老人等医療費助成条例施行規則（平成 27 年 12 月生駒市
規則第 30 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 1 項中「その旨を通知するものとする」を「重度心身障害老人等医療
費受給資格認定申請却下通知書（様式第 2 号）により通知するものとする」に改
める。

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

様式第 1 号及び様式第 2 号を次のように改める。

重度心身障害老人等医療費受給資格認定(更新)申請書

対 象 者	フリガナ									個人番号		
	氏名									住所		
	生年月日	年	月	日								
配 偶 者	フリガナ									個人番号		
	氏名									住所 <input type="checkbox"/> 同上		
	生年月日	年	月	日								
扶 養 義 務 者	フリガナ									個人番号		
	氏名									住所 <input type="checkbox"/> 同上		
	生年月日	年	月	日								
対象者との続柄												
加入医療保険		対象者の方の健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。										
<input type="checkbox"/> 更新申請												
申 請 理 由	心身障害者の方 該当する番号及び項目を○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。 2 療育手帳(A1 A2)を所持している。 3 その他()									
	ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲んでください。		1 配偶者のない者で18歳未満の児童を扶養しているもの 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									
			養育している児童	住所 氏名 (生年月日) 年 月 日								
			(養育している児童が2人以上いる場合は、最年少の者を記入)									
以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(下の欄に口座をご記入ください。)												
振込指定口座		銀行			種目	口座番号						
		信用金庫	本店		1 普通	フリガナ						
		信用組合	支店		2 当座	名義						
		農協	出張所		3 貯蓄							
<p>上記のとおり受給資格の認定を申請します。</p> <p>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。</p>												
				申請者		住所						
年 月 日												
生駒市長 殿						氏名 ㊟						
						電話						

様式第2号（第3条関係）

重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請却下通知書

第 年 月 日
第 年 月 日

殿

生駒市長



年 月 日付けで申請のあった重度心身障害老人等医療費受給資格認定申請については、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）

様式第 2 号の次に次の 1 様式を加える。

<h2 style="margin: 0;">重度心身障害老人等医療費助成金交付請求書</h2>										
							年	月	日	
生駒市長 殿		申請者		住所						
金 円				氏名		㊞				
				電話						
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 被保険者番号			受給者 氏名			年 月 日生				
なお、助成金の振込は（どちらかにチェックしてください。） <input type="checkbox"/> 自動償還登録口座へ振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ		
							2 当座	名 義		
							3 貯蓄			

※以下の欄は記入しないでください。

※ 入院の状況						入院期間（ 年 月 日から 年 月 日まで）					
医	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					
療	※ 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						
等	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					
の	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					
状	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					
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					
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	円
		高額療養費（	円）	（	円）

医療費助成金の請求期間は5年です。

附 則

この規則は、平成 2 8 年 8 月 1 日から施行する。