

○渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

平成18年2月20日

規則第86号

改正 平成18年3月1日規則第176号

平成19年3月26日規則第9号

平成20年3月31日規則第33号

平成21年3月12日規則第7号

平成21年7月10日規則第31号

平成21年9月28日規則第37号

平成23年4月1日規則第30号

平成24年6月26日規則第26号

平成25年3月7日規則第6号

平成26年3月17日規則第8号

平成27年3月3日規則第3号

平成28年3月8日規則第18号

平成30年3月9日規則第6号

平成31年4月1日規則第34号

令和元年6月4日規則第2号

令和3年3月31日規則第28号

令和5年7月31日規則第45号

令和5年10月1日規則第48号

(趣旨)

第1条 この規則は、渋川市福祉医療費の支給に関する条例（平成18年渋川市条例第145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。

(定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(受給資格の認定申請)

第3条 条例第4条第1項及び第5条第1項の規定による申請は、福祉医療

費受給資格者証交付申請書（様式第1号）又は福祉医療費（精神）受給資格認定申請書（様式第1号の2）（以下、総称して「受給資格者証交付申請書等」という。）により行うものとする。

2 前項の申請に当たっては、各号に掲げる方法によりその受給資格等を証さなければならない。

(1) 社会保険関係各法の規定に基づき交付された被保険者証、組合員証又は加入者証等の提示又は電子資格確認

(2) 条例第3条第1項第2号に規定する者（以下「重度心身障害者」という。） 条例第3条第2項第3号及び第4号の所得を証明する書類並びに障害の程度を証する次のいずれかの提示及び写しの添付

ア 国民年金法施行規則（昭和35年厚生省令第12号）の規定に基づき交付された障害基礎年金証書（以下「年金証書」という。）

イ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則（昭和39年厚生省令第38号）の規定に基づき交付された特別児童扶養手当証書

ウ 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定に基づき交付された身体障害者手帳（以下「身障手帳」という。）

エ 昭和48年9月27日厚生省発児第156号各都道府県知事・各指定都市市長宛て厚生事務次官通知「療育手帳制度について」に基づき交付された療育手帳（以下「療育手帳」という。）

オ その他障害の程度を証する書類

(3) 条例第3条第1項第3号に規定する者（以下「高齢重度障害者」という。） 条例第3条第2項第3号及び第4号の所得を証明する書類並びに障害の程度を証する前号ア、ウ、エ又はオのいずれかの提示及び写しの添付

(4) 条例第3条第1項第4号に規定する者 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第54条第3項の規定に基づき交付された自立支援医療受給者証の提示及び写しの添付

(5) 条例第3条第1項第5号及び第6号に規定する者 当該各号に該

当することを証する次に掲げる書類の添付

ア 母、父又は児童にあつては所得税（1月から7月までの間の申請にあつては前々年、その他の申請にあつては、前年の所得に課せられる所得税をいう。次号において同じ。）の課税状況を証する書類

イ 配偶者と死別し、又は離婚した者にあつては、戸籍謄本（渋川市に本籍を有しない者に限る。）

ウ 配偶者の生死が明らかでない者にあつては、官公署、勤務先等の証明書

エ 配偶者から遺棄されている者にあつては、福祉事務所又は民生委員（民生委員法（昭和23年法律第198号）第5条の規定により委嘱された者をいう。以下本号において同じ。）等の証明書

オ 配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができない者にあつては、官公署又は民生委員の証明書

カ 配偶者が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている者にあつては、当該配偶者に係る医師の診断書

キ 配偶者が法令により長期にわたって拘禁されているため、その扶養を受けられない者にあつては、拘禁に係る刑務所、拘置所その他の官公署の証明書

ク イからキまでに掲げる者以外の者にあつては、その資格を証する書類

(6) 条例第3条第1項第7号に規定する者 父母のない事実を明らかにすることができる書類及び所得税の課税状況を証する書類の添付

(7) 社会保険関係各法による被保険者、組合員、加入者及び被扶養者で申請の日の属する年の1月1日に渋川市に住所を有していなかった者（渋川市が行う国民健康保険の被保険者及び群馬県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者を除く。） 市町村民税（地方税法（昭和25年法律第226号）に基づき課せられる市町村民税をいう。）の課税の状況（1月から7月までの間の申請にあつては前々年、その他の申請にあつては前年の所得に課せられる市町村民税の課税の状況をい

う。)に関する市町村長の証明書の添付

(8) 前各号に掲げるもののほか市長が必要と認める書類

3 市長は、前項で定める添付書類について、公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

(平20規則33・平21規則37・平24規則26・平25規則6・平27規則3・平30規則6・平31規則34・令3規則28・一部改正)

(資格取得の時期)

第4条 条例第3条第1項各号に規定する者に対する福祉医療費の支給は、次の各号に掲げる日(以下「資格取得日」という。)を始期とする。

(1) 条例第3条に規定する者のうち、出生により資格が発生した場合は、出生日

(2) 県内市町村からの転入により資格が発生した場合は、転入日(ただし、転入前の市町村において資格を有していた者が、転入後14日以内に申請した場合に限る。)

(3) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第116条の2の規定により県内市町村が行う国民健康保険の被保険者とされる者が群馬県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となった場合にあっては、当該後期高齢者医療の被保険者となった日(当該被保険者となった日後14日以内の申請の場合に限る。)

(4) 前3号以外の場合は、受給資格に該当するものとして市長が認定した日

(平21規則37・追加、平28規則18・一部改正)

(資格喪失の時期)

第5条 条例第3条第1項各号に規定する者に対する福祉医療費の支給は、次の各号に掲げる日(以下「資格喪失日」という。)の前日までとする。

(1) 死亡の場合は、死亡日の翌日

(2) 転出の場合は、渋川市に住所を有しなくなった日

(3) 前2号以外の場合は、受給資格要件を欠いた日。ただし、第7条

第 2 号及び第 3 号の規定による受給資格者証の有効期間中に、次により支給対象者でなくなったときは、当該日を資格喪失日とみなす。

ア 国民年金法（昭和 34 年法律第 141 号）第 30 条第 2 項に規定す

る障害等級が変更されたとき 当該受給資格者証の有効期間の翌日

イ 条例第 3 条第 2 項第 4 号に該当したとき 当該受給資格要件を欠いた日の属する月の翌月の 1 日

（平 21 規則 37・追加、平 28 規則 18・令 3 規則 28・一部改正）

（受給資格者証等）

第 6 条 条例第 4 条第 3 項に規定する福祉医療費受給資格者証の様式は、様式第 2 号（又は様式第 2 号の 2）のとおりとする。

2 条例第 4 条第 3 項に規定する受給資格認定通知の様式は、福祉医療費（精神）受給資格認定通知書（様式第 2 号の 3）のとおりとする。

（平 20 規則 33・全改、平 21 規則 31・一部改正、平 21 規則 37・旧第 4 条繰下・一部改正）

（受給資格者証の有効期間）

第 7 条 条例第 4 条第 3 項及び第 5 条第 3 項の有効期間は、第 4 条の規定による資格取得日からそれぞれ次の各号に掲げる者の区分に応じて、当該各号に掲げる日までとする。

（1） 条例第 3 条第 1 項第 1 号に規定する子ども 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間において市長が別に定める日

（2） 条例第 3 条第 1 項第 2 号に規定する者 第 4 条の規定による資格取得日後、最初に到来する 7 月 31 日（第 3 条第 2 項第 2 号の規定により提示された障害の程度を証する書類に、次回診断書提出年月、再認定日、次の判定年月及びこれらに準ずる月日の記載があるときは、当該月（年金証書の次回診断書提出年月については当該月の 3 か月後）の末日（当該記載が日をもってなされている場合は当該日の前日）又は第 4 条の規定による資格取得日後、最初に到来する 7 月 31 日のいずれか早い日）。ただし、有効期間中に 65 歳に達する者及び 75 歳に達する者（高

齢重度障害者を除く。) にあつては、当該達する日までとする。

(3) 条例第3条第1項第3号に規定する者 第4条の規定による資格取得日後、最初に到来する7月31日(第3条第2項第3号の規定により提示された障害の程度を証する書類に、次回診断書提出年月、再認定日、次の判定年月及びこれらに準ずる月日の記載があるときは、当該月(年金証書の次回診断書提出年月については当該月の3か月後)の末日(当該記載が日をもってなされている場合は当該日の前日)又は第4条の規定による資格取得日後、最初に到来する7月31日のいずれか早い日)

(4) 条例第3条第1項第4号に規定する者 第4条の規定による資格取得日後、市長の定める日まで

(5) 条例第3条第1項第5号から第7号までに規定する者及び児童 第4条の規定による資格取得日後最初に到来する7月31日。ただし、有効期間中に18歳に達する児童及び当該児童のみ扶養している者にあつては、その達する日以後最初の3月31日まで。

(平20規則33・全改、平21規則7・一部改正、平21規則37・旧第5条繰下・一部改正、平23規則30・令3規則28・一部改正)

(受給資格者証の更新)

第8条 前条各号に規定する有効期間が満了する者は、有効期間が満了する前に受給資格者証交付申請書等を市長に提出しなければならない。この場合において、市長が必要ないと認めるときは、第3条第2項に規定する添付書類の全部又は一部を省略することができる。

(平21規則37・追加)

(受給資格者証の再交付)

第9条 受給資格者証の交付を受けた者は、受給資格者証を汚し、損じ、又は失ったときは、福祉医療費受給資格者証再交付申請書(様式第8号)により、市長に受給資格者証の再交付を申請することができる。

2 市長は、前項の規定による申請があつた場合において、これを審査し、

受給資格を確認したときは、受給資格者証を再交付するものとする。

(平 2 1 規則 3 7 ・ 追加)

(受給資格者証の返還)

第 1 0 条 受給資格者証の交付を受けた者が資格を喪失したとき、条例第 5 条に規定する更新により新たな受給資格者証の交付があったとき、及び前条の規定により受給資格者証の再交付を受けたときは、速やかに不用となった受給資格者証を市長に返還しなければならない。

2 市長は、受給資格者証を所持している者が前項の規定による返還を行わないときは、受給資格者証の返還を命ずることができる。

(平 2 1 規則 3 7 ・ 追加、平 2 8 規則 1 8 ・ 一部改正)

(支給の申請)

第 1 1 条 条例第 9 条第 2 項の規定による福祉医療費の支給の申請は、福祉医療費給付申請書(様式第 3 号)に当該医療に要した費用の額を証する書類その他市長が必要と認める書類を添えて行うものとする。

(平 2 1 規則 3 7 ・ 旧第 6 条線下 ・ 一部改正)

(支給の通知)

第 1 2 条 市長は、条例第 9 条第 2 項の規定による福祉医療費の支給の申請を受け同条第 3 項の規定により、福祉医療費の額を決定したときは、福祉医療費支払通知書(様式第 4 号)により申請者に通知するものとする。ただし、口座振替通知書によりこの通知に代えることができる。

(平 2 1 規則 3 7 ・ 旧第 7 条線下 ・ 一部改正)

(届出)

第 1 3 条 条例第 1 0 条の規定による届出は、次の各号に掲げる場合の区分に応じて当該各号に掲げる届書により行わなければならない。

(1) 条例第 1 0 条第 1 号及び第 3 号に該当する場合 福祉医療費受給資格喪失・変更届書(様式第 5 号)

(2) 条例第 1 0 条第 2 号に該当する場合 高額療養費等該当届書(様式第 6 号)

(3) 条例第 1 0 条第 4 号に該当する場合 第三者の行為による被害届

書（様式第7号）

（平20規則33・一部改正、平21規則37・旧第8条繰下・一部改正、平30規則6・一部改正）

（福祉医療費の返還）

第14条 条例第11条の規定による返還に際しては、福祉医療費返還届書（様式第9号）を提出するものとする。

（平21規則37・旧第10条繰下・一部改正）

（証明の申請）

第15条 受給資格者は、渋川市に住所を有しなくなったときは、福祉医療費の受給資格者であったことの証明書の交付を、福祉医療費受給資格者証交付状況等証明書交付申請書（様式第10号）により市長に申請することができる。

2 前項の規定による申請に対する証明は、福祉医療費受給資格者証交付状況等証明書（様式第11号）により行うものとする。

（平21規則37・旧第11条繰下・一部改正、令3規則28・一部改正）

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成18年2月20日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の渋川市福祉医療費支給に関する条例施行規則（昭和48年渋川市規則第29号）、伊香保町福祉医療費支給に関する条例施行規則（平成4年伊香保町規則第5号）、小野上村福祉医療費の支給に関する条例施行規則（平成15年小野上村規則第9号）、子持村福祉医療費支給に関する条例施行規則（平成4年子持村規則第2号）、赤城村福祉医療費支給に関する条例施行規則（平成4年赤城村規則第5号）又は北橋村福祉医療費の支給に関する条例施行規則（平成5年北橋村規則第13号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成 18 年 3 月 1 日規則第 176 号）

（施行期日）

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

この規則の施行の日の前日までに交付された「福祉医療費（精神）受給資格認定通知書」における認定要件の項中「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 32 条適用」とあるのは、「障害者自立支援法施行令第 1 条第 3 号適用」に読み替えるものとする。

附 則（平成 19 年 3 月 26 日規則第 9 号）

この規則は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 20 年 3 月 31 日規則第 33 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

（旧様式の取扱い）

2 この規則による改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の様式による申請、届出及び証明は、当分の間、この規則による改正後の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙等については、当分の間、これに所要の修正を加え、使用することができる。

附 則（平成 21 年 3 月 12 日規則第 7 号）

この規則は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 21 年 7 月 10 日規則第 31 号）

この規則は、平成 21 年 8 月 1 日から施行する。

附 則（平成 21 年 9 月 28 日規則第 37 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 21 年 10 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則（以下「新規則」という。）の規定は、施行日以後に行われる療養に係る

医療費の助成について適用し、施行日前に行われた療養に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

3 この規則による改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則（以下「旧規則」という。）による届出及び証明は、当分の間、新規則の様式によるものとみなす。

4 この規則の施行の際、現にある旧規則による様式による用紙等については、適宜補正して使用することができる。

附 則（平成23年4月1日規則第30号）

この規則は、平成23年4月1日から施行し、改正後の第7条第2号の規定は、平成21年8月1日から適用する。

附 則（平成24年6月26日規則第26号）

この規則は、平成24年8月1日から施行する。

附 則（平成25年3月7日規則第6号）

（施行期日）

1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに交付された「福祉医療費（精神）受給資格認定通知書」における認定要件の項中「障害者自立支援法施行令第1条第3号適用」とあるのは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条の2第3号適用」に読み替えるものとする。

附 則（平成26年3月17日規則第8号）

（施行期日）

1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、現にある改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則による様式による用紙等については、適宜補正して使用することができる。

附 則（平成27年3月3日規則第3号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日の前日までに交付された「福祉医療費（精神）受給資格認定通知書」における注2中「渋川市役所本庁又は各支所で」とあるのは、「渋川市長に」に読み替えるものとする。

附 則（平成28年3月8日規則第18号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年3月9日規則第6号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成31年4月1日規則第34号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則に基づく様式による用紙等については、適宜補正して使用することができる。

附 則（令和元年6月4日規則第2号）

この規則は、令和元年7月1日から施行する。

附 則（令和3年3月31日規則第28号）

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。ただし、第2条の規定は、令和5年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 第2条の規定の施行の日前において行われた医療に係る福祉医療費の支給については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則に基づく様式による用紙等については、適宜補正して使用することができる。

附 則（令和 5 年 7 月 3 1 日規則第 4 5 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 5 年 8 月 1 日から施行する。ただし、第 2 条の規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による改正前の渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則に基づく様式による用紙等については、適宜補正して使用することができる。

附 則（令和 5 年 1 0 月 1 日規則第 4 8 号）

この規則は、令和 5 年 1 0 月 1 日から施行する。

渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

様式第1号(第3条関係)

| 福祉医療費受給資格者証交付申請書 | | | | | |
|---|---|--|---|------------------|----------|
| 渋川市長 様 | | | 年 月 日 | | |
| | | | 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (続柄 _____) 電話 () _____ | | |
| <p>次のとおり福祉医療費受給資格者証の交付を申請します。 なお、申請及び資格更新に当たって、次のことについて同意します。</p> <p>1 受給資格要件の確認及び支給額決定のため、私及び私の世帯員に係る所得課税状況、住民基本台帳、障害者手帳、国民年金及び各種手当等に関する公簿等の資料を閲覧及び調査すること。 2 渋川市が支払った福祉医療費に係る療養について、後日、高額療養費等が生じた場合、その申請及び受領について市長に委任すること。</p> | | | | | |
| 受給資格対象区分 | 1. 子ども 2. 重度心身障害者 3. 母子・父子家庭等 (ア. 就学前) (イ. 小中学生) (ウ. その他) (ア. 特別児童扶養手当法施行令別表第3の1級に該当する障害 イ. 国民年金法施行令別表1級に該当する障害 ウ. 身体障害者手帳1級、2級又は3級に該当する障害 エ. 療育手帳A又はB) (1. 死別 2. 離婚 3. 生死不明 4. 遺棄 5. 海外 6. 精神又は身体の障害 7. 拘禁 8. 未婚 9. 父母のない児童) | | | | |
| 交付事由 (※は新規のみ) | 1. 新規(出生・転入・その他事由) 2. 更新 ※交付事由発生日: 年 月 日 | | | | 公費法別番号 |
| 受給資格者 | ふりがな | 生年月日 | 申請者との続柄 | 住所 ※申請者と異なる場合 | 受給資格者番号 |
| | ① | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | ② | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | ③ | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | ④ | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 医療保険の種類等 | 被保険者証発行機関名 | 1. 国保 2. 社保 3. 組合 4. 共済 5. 後期高齢 6. その他() | | | |
| | 記号・番号 | | | 保険者番号 | |
| | 被保険者、組合員、加入者又は世帯主 | 住所 | | | 受給者①との続柄 |
| | 付加給付 | 有()・無 | | | |
| 税法上の扶養親族の数 (母子・父子家庭等のみ) | | 控除対象扶養親族のうち16歳から18歳までの者 | | | 人 |
| | | 16歳未満扶養親族 | | | 人 |

(市町村記入欄)

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------|-----------------------------------|--------------|---------|---------|---------|--|
| 身体障害者手帳等の状況 | 種別 | 身障手帳・国民年金証書・県認定通知・特児手当証書・療育手帳・その他 | | | | 等級 | |
| | 記号番号 | | 交付年月日 | 年 月 日 | 有効期限 | 永・ . . | |
| 市町村民税 | 所得税 | 母/父(有・無) | 子1(有・無) | 子2(有・無) | 子3(有・無) | 子4(有・無) | |
| 有・無 | 旧所得税額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 母子家庭等事実確認書類(公簿名、生活実態調書等) | | | | | | | |
| 審査結果 | 資格認定年月日 | 証交付年月日 | 受給資格者証有効期間 | | 要件確認印 | | |
| 該当・非該当 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |

(注) 旧所得税額は、所得税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第6号)による年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分の廃止がなかったものとして計算された所得税の額をいう。

様式第1号の2(第3条関係)

| | | |
|--|---------|--------|
| 福祉医療費(精神)受給資格認定書申請書 | | |
| 年 月 日 | | |
| 渋川市長 | 様 | |
| | 住所 | |
| | 申 請 者 | |
| | 氏名 | |
| <p>条例第4条第1項の規定により、福祉医療費の支給を受けたいので、申請します。</p> <p>なお、審査の結果、受給資格が認定された場合において、渋川市が下記指定医療機関に認定された旨の通知を行うことに同意します。</p> | | |
| 支給対象者 | 住 所 | |
| | 氏 名 等 | 年 月 日生 |
| 通院医療の 医療機関等 | 所 在 地 | |
| | 名 称 | |
| | 電 話 番 号 | |

(市役所記入欄)

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----|
| 受給資格者記号番号 | 80100084— | | |
| 受給資格認定年月日 | 受給資格更新年月日 | 受給資格消滅年月日 | 備 考 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

様式第2号(第6条関係)

(表 面)

| 福 福 祉 医 療 費 受 給 資 格 者 証 | | | |
|---|-----|---------|-----|
| 公費負担者番号 | | 受給資格者番号 | |
| 世帯主氏名 | | | |
| 住 所 | | | |
| 受 給 資 格 者 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 備 考 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 有 効 期 間 | | | |
| 発 行 機 関 名 及 び 印 | | | |
| 交 付 年 月 日 | | | |
| ※入院時食事療養標準負担額の助成については、裏面をご確認ください。 | | | |

(注)日本産業規格B列7番(縦128mm 横91mm)

地 ピンク 色 黒字印刷


(裏 面)

注 意 事 項


- 1 この証は、群馬県内の保険医療機関等で福祉医療の診療を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- 2 保険医療機関等で診療を受ける場合は、被保険者又は被扶養者であることの確認を被保険者証等の提示又は電子資格確認で受けるとともに、この証を窓口へ提示してください。また、医療費が高額になるときは、電子的確認を受けることができる場合を除き、保険者から「限度額適用認定証」や「標準負担額減額認定証」の交付を受けて、併せて提示してください。なお、(高齢)重度心身障害者の方(公費負担者番号が70、77、80、87のいずれかから始まる受給資格者)が、入院時食事療養標準負担額の助成を受けるには、市町村民税非課税世帯等の者に交付される「標準負担額減額認定証」を入院の際併せて提示するか、又は電子的確認を受ける必要があります。(詳しくは加入する保険者へお問い合わせください。)また、入院時生活療養標準負担額は助成対象となりません。
※ 福祉医療制度に優先して、更生医療・育成医療等の他法他制度に基づく公費負担医療制度が適用されますので、該当の方は当該制度の利用に必要な書類(受給者証等)も窓口へ提示してください。
- 3 群馬県外の医療機関等で診療を受けた場合は、自己負担分を支払い、保険診療証明書(又は領収書等)を発行してもらい渋川市長に申請してください。
- 4 受給資格がなくなったときは、速やかにこの証を渋川市長に返してください。
- 5 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて渋川市長に届け出てください。
- 6 加入している社会保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に渋川市長に届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに渋川市長に返してください。
- 9 この証の左上部(福 税)とあるのは、高額療養費の限度額区分を表示したものです。
- 10 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

様式第2号の2(第6条関係)

(表 面)

| | |
|---|-----------------|
|  福祉医療費受給資格者証 | |
| 公費負担者番号 | |
| 受給資格者番号 | |
| 受給資格者氏名 | |
| 生年月日 | |
| 住所 | |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 発行年月日 | 年 月 日 |
| 発行機関及び印 | |
| ※入院時食事療養標準負担額の助成については、裏面をご確認ください。 | |

(裏 面)

| | |
|--|--|
| 注 意 事 項 | |
| 1 この証は、群馬県内の保険医療機関等で福祉医療の診療を受けることができる証ですから大切に保管してください。 | |
| 2 保険医療機関等で診療を受ける場合は、被保険者又は被扶養者であることの確認を被保険者証等の提示又は電子資格確認で受けるとともに、この証を窓口へ提示してください。また、医療費が高額になるときは、電子的確認を受けることができる場合を除き、保険者から「限度額適用認定証」や「標準負担額減額認定証」の交付を受けて、併せて提示してください。なお、(高齢)重度心身障害者の方(公費負担者番号が70、77、80、87のいずれかから始まる受給資格者)が、入院時食事療養標準負担額の助成を受けるには、市町村民税非課税世帯等の者に交付される「標準負担額減額認定証」を入院の際併せて提示するか、又は電子的確認を受ける必要があります。(詳しくは加入する保険者へお問い合わせください。)また、入院時生活療養標準負担額は助成対象となりません。 | |
| ※ 福祉医療制度に優先して、更生医療・育成医療等の他法他制度に基づく公費負担医療制度が適用されますので、該当の方は当該制度の利用に必要な書類(受給者証等)も窓口へ提示してください。 | |
| 3 群馬県外の医療機関等で診療を受けた場合は、自己負担分を支払い、保険診療証明書(又は領収書等)を発行してもらい渋川市長に申請してください。 | |
| 4 受給資格がなくなったときは、速やかにこの証を渋川市長に返してください。 | |
| 5 氏名、住所に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて渋川市長に届け出てください。 | |
| 6 加入している社会保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に渋川市長に届け出てください。 | |
| 7 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。 | |
| 8 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに渋川市長に返してください。 | |
| 9 この証の左上部  とあるのは、高額療養費の限度額区分を表示したものです。 | |
| 10 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 | |

- 備考
- 1 プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
 - 2 大きさは、縦54mm 横86mmとし、地色はピンクとする。
 - 3 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
 - 4 別途受給者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第2号の3(第6条関係)

年 月 日

様

渋川市長



福祉医療費(精神)受給資格認定通知書

標記について、次のとおり認定したので、通知します。

| | |
|-----------|--|
| 受給資格者記号番号 | 80100084— |
| 受給資格者氏名 | 年 月 日生 |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 認定要件 | 医療機関 通院(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条の2第3号適用)期間中 |

注1 群馬県内の医療機関では、保険証とこの通知書を医療機関の窓口で提示することにより、一部負担金の支払いが不要になります。

注2 群馬県外の医療機関では、いったん一部負担金をお支払いください。その際、保険診療証明書又は領収書(保険点数が記載されたもの)を受け取り、後日、渋川市長に払い戻しの申請をしてください。

群馬県内の医療機関にお願い

この通知書を提示した方については、上記のとおり渋川市福祉医療費の支給に関する条例の規定により医療費の給付が受けられますので、一部負担金を福祉医療費として群馬県国保連合会に請求してください。

渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

様式第3号(第11条関係)

福祉医療費給付申請書

年 月 日

渋川市長 様

(申請者) 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号 ()

次のとおり診療等を受けたので、渋川市福祉医療費の支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

| | | | | | | | | | |
|--|---------|----------|-------------|--------------------|---------|----------------|---------------|--|--|
| 受給資格者氏名 | | | | | 公費負担者番号 | | | | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日生 | | | | 受給資格者番号 | | | | |
| 医療保険の種類等 | | | 記号番号 | 被保険者、組合員、加入者又は世帯主名 | | | | | |
| 1 国保 2 社保 3 組合 4 共済 5 後期高齢 6 その他() | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | 診 療 | | 保険診療 総点数 | 窓 口 徴 収 額 | | | 交通災害 そ の 他 | | |
| | 年 月 | 日数等 | | 一部負担金 | 標準負担額 | 他法による 費用徴収額 | | | |
| | 年 月 | 入 日 外 | 点 | 円 | 円 | 円 | | | |
| ※保険点数×10× 割 | | | ※決定金額 | | | ※確認 | | | |
| 受診者氏名 | 診 療 | | 保険診療 総点数 | 窓 口 徴 収 額 | | | 交通災害 そ の 他 | | |
| | 年 月 | 日数等 | | 一部負担金 | 標準負担額 | 他法による 費用徴収額 | | | |
| | 年 月 | 入 日 外 | 点 | 円 | 円 | 円 | | | |
| ※保険点数×10× 割 | | | ※決定金額 | | | ※確認 | | | |
| 受診者氏名 | 診 療 | | 保険診療 総点数 | 窓 口 徴 収 額 | | | 交通災害 そ の 他 | | |
| | 年 月 | 日数等 | | 一部負担金 | 標準負担額 | 他法による 費用徴収額 | | | |
| | 年 月 | 入 日 外 | 点 | 円 | 円 | 円 | | | |
| ※保険点数×10× 割 | | | ※決定金額 | | | ※確認 | | | |
| 診 療 証 明 書 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診察したことを証明します。 | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 所 在 地 氏 名 | | | | | | | | | |
| 振込金融機関名 | 金融機関コード | 預金種目 | 口座番号 | 名義人 | | | | | |
| 支店 | | | | | | | | | |

- (注) 1 申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
2 申請書の二本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。
(※の欄は記入不要)

様式第4号(第12条関係)

福祉医療費支払通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

渋川市長



年 月 日付けで申請のあった福祉医療費について、審査の結果、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 承認

(1) 支給決定金額 円

(内訳等)

| 受給資格者名 | 受給資格者番号 |
|--------|-----------------|
| 対 象 月 | 年 月診療分 ～ 年 月診療分 |

(2) 支払期日 年 月 日

(3) 支払方法

2 不承認

(理由)

この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、処分取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として提起しなければなりません(なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に処分取消しの訴えを提起しなければならないこととされています。

澁川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

様式第5号(第13条関係)

福祉医療費受給資格 喪失 届書
変更

年 月 日

澁川市長 様

(申請者)住所
氏名

次のとおり、福祉医療費の助成を受ける資格 等に変更があった
を喪失した ので届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------|------------|---|--|------------|---|----------|---------|--|
| 受給資格区分 | | 1 子ども | | 2 重度心身障害 | | 3 高齢重度障害者 | | 4 母子家庭等 | | |
| 受給資格者 | 氏名 | | | 生年月日 | | 申請者との続柄 | | 受給資格者証番号 | | |
| | | | | | | | | | | |
| 受給資格喪失 | 資格喪失の理由 | | | 1. 他市町村への転出(転出先:) 2. 死亡 3. 生活保護の受給 4. 医療保険の被保険者・被扶養者等でなくなった。 5. その他() | | | | | | |
| | 資格喪失年月日 | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 変更事項 | 1. 住所 2. 医療保険の種類 3. その他() | | | | | | | | | |
| | 変更年月日: 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 受給資格者(母子家庭等) | 続柄 | 新 | | | 旧 | | | 受給資格者番号 | |
| | | | 氏名 生年月日 | | | 氏名 生年月日 | | | | |
| | | 母・父 | 年 月 日生 | | | 年 月 日生 | | | | |
| | | 子 | 年 月 日生 | | | 年 月 日生 | | | | |
| | | 子 | 年 月 日生 | | | 年 月 日生 | | | | |
| | 住所地 | 新 | | | | | | | | |
| | | 旧 | | | | | | | | |
| | 保険の種類 | 区分 | | 新 | | | 旧 | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名 | | | | | | | | | | |
| 事業所名(保険者名) | | | | | | | | | | |
| 付加給付の有無 | | | | | | | | | | |
| 税法上の扶養親族の数(母子家庭等のみ) | | | | | | | | | | |
| その他の変更事項 | | | | | | | | | | |

(注) 変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。

様式第6号(第13条関係)

高額療養費等該当届書

年 月 日

渋川市長 様

受給資格者証番号

住 所

氏 名

年 月診療分から次の○印を付した高額療養費等に該当し、社会保険関係各法により自己負担額が軽減されると思われますので条例第9条第1項第2号の規定に基づき届け出いたします。

1 世帯合算

世帯合算による自己負担軽減による差額は貴市へ返還します。

2 多数該当

ア 私に代わり市長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用後の自己負担限度額までをお願いします。

なお、これを超える額は、私が医療機関窓口で支払います。

担当医療機関名

イ 私に代わり市長が保険医療機関等に支払うべき福祉医療費は、多数該当適用前の自己負担限度額までをお願いします。

なお、多数該当適用により自己負担限度額が軽減された場合、その差額は必ず貴市へ返還します。

3 70歳以上の者及び後期高齢者医療の被保険者に係る高額療養費の支給

高額療養費支給額は貴市へ返還します。

4 高額介護合算療養費の支給

高額介護合算療養費支給額は貴市へ返還します。

(注)1から4のうち、該当するものを○で囲んでください。

2を○で囲んだ場合は、ア又はイを○で囲んでください。

渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

様式第7号(第13条関係)

第三者の行為による被害届書

年 月 日

渋川市長 様

住 所
氏 名

渋川市福祉医療費の支給に関する条例に基づき、次のとおり届け出ます。

| | | |
|---|---------------|------------------------------|
| 受給資格者 | 氏 名 (生年月日) | (年 月 日生) |
| | 受給資格者番号 | |
| その事故の要旨等 (日時、場所、状況等) | | |
| 疾病又は負傷の状況 | | |
| 福祉医療費の受給状況 | | 未受給・受給済(年 月～ 年 月) |
| 第三者の住所(居所)及び氏名(名称)勤務先等 (不明の場合はその理由等) | | |
| 第三者の代理人等の氏名、住所等 (保険会社等の名称) | | |
| 示 談 の 有 無 | | 有 無 (示談があった場合は示談書の写しを添えること。) |
| 損 害 賠 償 金 の 額 | | |
| 上記金額の受領年月日 | | 年 月 日 |

様式第8号(第9条関係)

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

渋川市長 様

(申請者) 住 所
氏 名 (続柄)

電話番号 ()

福祉医療費受給資格者証を 破損・汚損 したので再交付を申請いたします。
紛 失

| 受給者資格区分 | | 1 子ども 2 重度心身障害者 3 高齢重度障害者 4 母子・父子家庭等 | | | |
|---------|-----|--------------------------------------|---------|-------------------|---------|
| 受給資格者 | 氏 名 | 生年月日 | 申請者との続柄 | 住 所 ※申請者と異なる場合 | 受給資格者番号 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 医療保険の名称 | | | | | |
| 備 考 | | | | | |

様式第9号(第14条関係)

福祉医療費返還届書

年 月 日

渋川市長 様
住 所
氏 名

下記理由により、貴市へ福祉医療費の返還が生じたので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | |
|---------|---|---------|-----|------|----|
| 返還理由 | 1 社会保険関係各法に基づく高額療養費の支給があったため (世帯合算・多数該当の適用による差額分返還等を含む) 2 社会保険関係各法に基づく高額介護合算療養費の支給があったため 3 社会保険関係各法に基づく付加給付の支給があったため 4 独立行政法人日本スポーツ振興センター法に基づく医療費の災害共済給付の支給があったため 5 損害賠償金の補填を受けられるため 6 その他() | | | | |
| 受給資格者番号 | | 医療保険の名称 | | | |
| 診療月 | 受診者名 | 医療機関名 | 支給額 | 返還金額 | 備考 |
| | | | 円 | 円 | |
| | | | 円 | 円 | |
| | | | 円 | 円 | |
| | | | 円 | 円 | |
| | | | 円 | 円 | |
| 合 計 | | | 円 | 円 | |

様式第10号(第15条関係)

福祉医療費受給資格者証交付状況等証明書交付申請書

年 月 日

渋川市長 様

(申請者)住所
氏名 (続柄)
電話番号 ()

次のとおり転出するので、証明書の交付を申請します。

| | |
|--------------|-------|
| 転出年月日 | 年 月 日 |
| 転出先 (新住所) | |
| 旧住所 | |
| 受給資格者番号 | |
| 備考 | |

渋川市福祉医療費の支給に関する条例施行規則

様式第11号(第15条関係)

福祉医療費受給資格者証交付状況等証明書

| | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|-----------|------------|---------------------------|--|
| 氏名 | | | | | | 年 月 日生 | | | |
| 住所 | 新 | | | | | 変 更 年 月 日 | | | |
| | 旧 | | | | | 年 月 日 | | | |
| 認定 根拠 | 1 子ども | 級 級 級 | 母(父) 子家庭 の子等 | | | | | (年 月 日生) | |
| | 2 国民年金 | | | | | | | (年 月 日生) | |
| | 3 身障手帳 | | | | | | | (年 月 日生) | |
| | 4 特児手当 | | | | | | | (年 月 日生) | |
| 5 療育手帳 | | | | | (年 月 日生) | | | | |
| 6 県認定 (有効期間 ~) | | | | | (年 月 日生) | | | | |
| 7 母(父)子・父母のない児童 | | | | | (年 月 日生) | | | | |
| 8 その他 | | | | | (年 月 日生) | | | | |
| 課税 状況 | 社会保険関係各法の被保険者の市民税 | | | | 年度 有 ・ 無 | | | | |
| | 母(父)子家庭等の 所得税 | 母(父) | | 年度 有 ・ 無 (旧所得税額 円) | | | | | |
| | | 子() | | 年度 有 ・ 無 (旧所得税額 円) | | | | | |
| 重心 所得 状況 | 本人 (限度額 超過・以下) | | 配偶者 (限度額 以上・未満) | | 扶養義務者 () (限度額 以上・未満) | | | | |
| | 控除後の 所得額 | | 円 | 円 | 円 | | | | |
| | 控除対象 親族数 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| | 限度額 | | 円 | 円 | 円 | | | | |
| 加入 医療 保険 | 保 險 種 類 | 国 保 | 国 保 組 合 | け ん ぼ | 健 保 組 合 | 共 済 | 後 期 高 齢 | 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | |
| | 被 保 険 者 名 | | | | | | | 受 給 者 と の 続 柄 | |
| 高額療養費支給に関する福祉医療費支給状況(過去12ヶ月分) ※国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律を除く社会保険関係各法該当者のみ | | | | | | | | | |
| 診 療 月 | 該 当 者 名 | | | 決 定 点 数 | 支 払 金 額 | 備 考 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、受給資格者として福祉医療費の支給を行っていたことを証明する。 年 月 日 渋川市長 印 | | | | | | | | | |

(注) 旧所得税額は、所得税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第6号)による年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分の廃止がなかったものとして計算された所得税の額をいう。

様式第1号（第3条関係）

（令5規則45・全改）

様式第1号の2（第3条関係）

（平23規則30・全改、令3規則28・一部改正）

様式第2号（第6条関係）

（令5規則45・全改）

様式第2号の2（第6条関係）

（令5規則45・全改）

様式第2号の3（第6条関係）

（平23規則30・全改、平25規則6・平27規則3・一部改正）

様式第3号（第11条関係）

（平21規則37・全改、令3規則28・一部改正）

様式第4号（第12条関係）

（平28規則18・全改）

様式第5号（第13条関係）

（令5規則45・全改）

様式第6号（第13条関係）

（平20規則33・全改、令3規則28・一部改正）

様式第7号（第13条関係）

（令5規則45・全改）

様式第8号（第9条関係）

（令5規則45・全改）

様式第9号（第14条関係）

（平24規則26・全改、令3規則28・一部改正）

様式第10号（第15条関係）

（平21規則37・全改、令3規則28・一部改正）

様式第11号（第15条関係）

（令3規則28・全改、令5規則45・一部改正）