

小田原市重度障害者医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、小田原市重度障害者医療費助成条例（平成29年小田原市条例第10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。

(条例第4条第1項の規則で定める額)

第2条 条例第4条第1項の規則で定める額は、次に掲げる額とする。

- (1) 医療保険各法に規定する食事療養標準負担額
- (2) 医療保険各法に規定する生活療養標準負担額
- (3) 医療保険各法に規定する付加給付（医療保険各法による保険給付に併せて、保険者の規約等で定めるところにより保険給付として行われる給付をいう。）の額

(医療証の交付の申請)

第3条 条例第5条の規定による申請は、小田原市重度障害者医療費助成受給資格（取得・変更・喪失）申請書・届出書（様式第1号）を市長に提出することにより行うものとする。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。ただし、市長は、当該書類により証明される事項を公簿等により確認することができる場合は、当該書類の添付を省略させることができる。

- (1) 被保険者等（条例第2条第2項第1号若しくは第7号に掲げる法律の規定による被保険者、同項第2号若しくは第3号に掲げる法律の規定による被保険者若しくはその被扶養者、同項第4号若しくは第5号に掲げる法律に基づく共済組合の組合員若しくはその被扶養者又は同項第6号に掲げる法律の規定による私立学校教職員共済制度の加入者若しくはその被扶養者をいう。）であることを証する書類の写し
- (2) 身体障害者手帳その他の条例第2条第1項各号に該当する者であることを証する書類の写し
- (3) 対象者（条例第3条第1項に規定する対象者をいう。以下同じ。）の前年（条例第5条の規定による申請を行う日が1月から6月までの間である場合にあっては、前々年）の所得を証する書類
- (4) 前3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、第1項の申請書の提出を受けたときは、その内容を審査し、交付することを決定したときは申請した者に条例第5条に規定する医療証（様式第2号。以下「医療証」という。）を交付し、交付しないことを決定したときは小田原市重度障害者医療費助成医療証不交付決定通知書

(様式第3号)により申請した者に通知するものとする。

(医療証の有効期間等)

第4条 医療証の有効期間は、条例第5条の規定による申請を行った場合にあっては当該申請の日以後の最初に到来する6月30日までとし、次条第1項の規定により医療証の有効期間を更新する場合にあっては、当該医療証の有効期間の末日の属する年の翌年の6月30日までとする。

2 医療証の交付を受けた者は、当該医療証が有効期間を経過したときは、速やかに当該医療証を市長に返還しなければならない。

(医療証の更新)

第5条 市長は、職権により、対象者が医療証の有効期間の満了後も引き続き条例による医療費の助成を受ける資格を有すると認めるときは、当該対象者に係る医療証の有効期間を更新するものとする。

2 市長は、前項の規定により医療証の有効期間を更新することを決定したときは当該対象者に更新した医療証を交付し、更新しないことを決定したときは小田原市重度障害者医療費助成受給資格喪失通知書(様式第4号)により当該対象者に通知するものとする。

(医療証の再交付)

第6条 医療証の交付を受けた者は、当該医療証を亡失し、又は損傷したときは、小田原市重度障害者医療費助成医療証再交付申請書(様式第5号)により市長に申請し、医療証の再交付を受けるものとする。この場合において、申請の理由が医療証の損傷であるときは、当該損傷した医療証を市長に返還しなければならない。

2 前項の規定により医療証の再交付を受けた者は、亡失した医療証を発見したときは、速やかに当該亡失した医療証を市長に返還しなければならない。

(支給の申請)

第7条 条例第6条第2項の規定により自己負担額に相当する額の支払を受けようとする者は、小田原市重度障害者医療助成費支給申請書(様式第6号)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、申請に係る医療費の支払を証する書類その他市長が必要と認める書類を添えなければならない。

3 市長は、第1項の申請書の提出を受けたときは、その適否を決定し、申請した者にその結果を通知するものとする。

(変更等届)

第8条 条例第7条第1項の規定による届出は、小田原市重度障害者医療費助成受給資格(取得・

変更・喪失) 申請書・届出書を市長に提出することにより行うものとする。

- 2 前項の届出書には、当該届出書の記載事項に係る事実を証する書類を添えなければならない。
ただし、市長は、当該書類により証明される事項を公簿等により確認することができる場合は、当該書類の添付を省略させることができる。

(受給資格喪失の通知)

第9条 市長は、対象者が条例第3条第1項の規定に該当しないと認め、又は同条第2項の規定に該当すると認めたときは、小田原市重度障害者医療費助成受給資格喪失通知書により、その者に通知するものとする。

(その他)

第10条 この規則に定めるもののほか、重度障害者に係る医療費の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則 (平成29年5月29日規則第45号)

この規則は、平成29年5月30日から施行する。

様式第1号（第3条、第8条関係）

小田原市重度障害者医療費助成受給資格（取得・変更・喪失）申請書・届出書

年 月 日

小田原市長 様



申請者・届出者 住 所
氏 名
電話番号 ㊟

次のとおり申請・届出をします。

なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。

受給者番号													
個人番号													
フリガナ 受給者氏名					受給者住所								
生年月日	年 月 日			電 話									
障害の状況	身体障害者手帳(級)・療育手帳()・精神障害者保健福祉手帳(級)												
加入医療保険	記号	番号	保 険 者 番 号										
	1 小田原市国民健康保険		2 全国健康保険協会 (支部)										
	3 () 健康保険組合 共 済 組 合		4 神奈川県後期高齢者医療広域連合										
連 絡 先	氏名		続柄 ()		住所 電話								
送 付 先	氏名		続柄 ()		住所 電話								
事 由	1 取得	事由の発生年月日 (. .)		2 変更	事由の発生年月日 (. .)		3 喪失	事由の発生年月日 (. .)					
		<input type="checkbox"/> 障害の認定	<input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 等級変更		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名の変更	<input type="checkbox"/> 市内転居	<input type="checkbox"/> 加入保険の変更	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 死亡
処 理 欄													

様式第2号（第3条関係）

 重度障害者医療証								
公費負担者番号	8	0	1	4	0	0	7	2
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
<p>上記の者は、小田原市重度障害者医療費助成条例の規定に基づき医療費の一部を小田原市が助成する者であることを証する。</p> <p style="text-align: right;">小田原市長 </p>								
交付年月日	年 月 日							

備考

- 1 用紙は、日本工業規格B7縦長型とする。
- 2 裏面に注意事項を記載する。

様式第3号（第3条関係）

小田原市重度障害者医療費助成医療証不交付決定通知書

番 号
年 月 日

様

小田原市長 印

年 月 日付けで申請のあった医療証については、次の理由により交付することができませんので通知します。

理由

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、小田原市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、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（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、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か月以内に提起しなければなりません。

様式第4号（第5条、第9条関係）

小田原市重度障害者医療費助成受給資格喪失通知書

番 号
年 月 日

様

小田原市長 印

次のとおり小田原市重度障害者医療費助成条例による医療費の助成を受ける資格がなくなりましたので通知します。既に交付している医療証は、喪失年月日以後は無効となりますので市に返還してください。

- 1 受給資格がなくなった者の氏名
- 2 喪失年月日 年 月 日
- 3 喪失理由

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、小田原市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、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（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、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か月以内に提起しなければなりません。

様式第5号 (第6条関係)

小田原市重度障害者医療費助成医療証再交付申請書

年 月 日

小田原市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
生年月日 年 月 日

次のとおり医療証の再交付を申請します。

- 申請理由 亡失
 損傷
 その他 ()

様式第6号（第7条関係）

小田原市重度障害者医療助成費支給申請書

受給者番号											
フリガナ 受給者氏名						受給者住所					
加入保険	記号	番号	保険者番号								
	1 小田原市国民健康保険 健康保険組合 3 () 共済組合		2 全国健康保険協会 (支部) 4 神奈川県後期高齢者医療広域連合								
申請額	円					領収書枚数 (枚)					
診療等の期間	年 月から 年 月まで					診療等を受けた保険医療機関等名					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。また、添付する領収書に関することについては保険医療機関等に、保険自己負担分に係る決定点数等、高額療養費及び付加給付等については加入している健康保険の保険者に照会することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>小田原市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 ④ 電話番号</p>											
振込先	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合		本店・支店 出張所								
	預金種別	普通・当座	口座番号								
口座名義人 (申請者本人)											

処理欄
