

○七飯町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行  
規則

平成6年12月21日

規則第7号

改正 平成15年3月12日規則第3号

平成16年9月17日規則第15号

平成20年3月28日規則第6号

平成20年9月24日規則第20号

平成27年6月30日規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、七飯町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例（平成6年条例第19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。

(受給者証の交付申請)

第2条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、別記第1号様式による重度心身障害者医療費受給者証交付申請書又は別記第2号様式によるひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書を町長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 重度心身障害者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身障手帳又は同項第2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類又は同項第3号に規定する精神保健手帳
- (2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は監護している事実を明らかにすることができる書類
- (3) 医療保険各法による被保険者証又は組合員証
- (4) その他町長が必要と認めた書類

(受給者証の交付)

第3条 条例第6条第2項の規定により交付する受給者証は、別記第5号様式による重度心身障害者医療費受給者証及び別記第6号様式によるひとり親家庭等医療

費受給者証とする。

2 前項の受給者証は、町長が必要と認めた場合更新するものとする。

(受給者証の再交付申請)

第4条 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、別記第7号様式による重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書を町長に提出しなければならない。

(助成額の交付申請)

第5条 受給者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の助成を受けようとするときは、別記第8号様式による重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給申請書に保険医療機関等で発行する一部負担金等を領収したことを証明する書類を添えて町長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条第1項に規定する養育医療の給付を受けている者にあつては、助成の申請、請求及び受領に関する権限を町長に委任することができる。この場合において、前項に規定する書類の提出は要しないものとする。

3 町長は、前項の委任を受けたときは、当該助成金を母子保健法第21条の4第1項に規定する養育医療の給付に要する費用に充てることができる。

(助成額の決定)

第6条 町長は、前条の申請書を受理したときは、審査のうえ助成額を決定する。

(届出)

第7条 条例第9条第1項第1号の規定による届出は別記第10号様式による重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者住所等変更届により行い、同項第2号の規定による届出は別記第11号様式による重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届により行うものとし、当該届出書には受給者証を添付しなければならない。

(雑則)

第8条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成7年1月1日から施行する。

(既存規則の廃止)

2 七飯町重度心身障害者及び母子家庭等の児童と母の医療費の助成に関する条例施行規則（昭和48年規則第5号）は、廃止する。

附 則（平成15年3月12日規則第3号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成16年9月17日規則第15号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成20年3月28日規則第6号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年9月24日規則第20号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成27年6月30日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行し、平成27年6月1日から適用する。

別記第1号様式(第2条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

亀田郡七飯町長 様

住 所

申請者 氏 名



受給者との続柄

下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

※受給者番号		記											
申 請 内 容	対象者の状況	対 象 者								住 所			
		生 年 月 日		年 月 日生( 歳)									
		世 帯 主								住 所			
		対象者との続柄											
	受給資格要件の状況	身体障害者手帳		交付年月日 年 月 日			身体障害の等級		級				
		知能指数の判定	療育手帳		交付年月日 年 月 日			判 定		A・B			
			判 定 ( 診 断 )		判定(診断) 年 月 日			総合判定 ( 診 断 )		重度・中度・軽度			
		精神保健福祉手帳		有 効 期 間 年 月 日～ 年 月 日									
		医療保険	種 別		政・組・日・船・共・国			記号番号		附加給付		有・無	
			被保険者(世帯主)					被保険者証発行機関		-----			
高 確 法		被保険者番号			資格取得年月日		年 月 日						
添 付 書 類													
※	課長	係長		係		決定年月日		年 月 日					
決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。												
却下理由													

(注) 申請者は※欄は記入しないで下さい。

別記第2号様式(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

七飯町長 様

住所  
申請者 氏名 (印)  
受給者との続柄

下記のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

記

※ 受給者番号											
申請内容	対象者の状況			父又は母		子					
		対象者									
		生年月日		年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	年 月 日 歳	
		申請者との続柄									
		同居・別居	同居別居	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居	
			別居地								
	別居理由										
	受給資格要件の状況	父母の状況	氏名	父・配偶者		母					
			状況	生存・死亡 年 月 日		生存・死亡 年 月 日					
		ひとり親家庭等となった理由		死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害・両親の死亡・両親の行方不明・その他				発生前月日 年 月 日			
医療保険		種別	政・組・日・船・共・国・高		記号番号		附加給付	有・無			
	被保険者(世帯主)			被保険者証発行機関	-----						
添付書類											
※	課長		係長		係		決定年月日	年	月	日	
決定欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
	却下理由										

(注) 申請者は※欄に記入しないで下さい。

(表 面)

【保険医療機関等の皆様へ】  
七飯町では、初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者に請求せず、七飯町へ請求されるようお願いします。

障		重度心身障害者医療費受給者証	
町村番号		受給者番号	
受給者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
自己負担金			
有効期限	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日	まで
発行機関名及び印	北海道亀田郡七飯町長		
交付年月日	年 月 日		

(裏 面)

注 意 事 項

- この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険診療に係る医療費(入院時食事療養費を除く)の自己負担はありません。  
なお、北海道外等の保険医療機関等で医療費の支払いをした場合は領収書を添えて町長に申請(請求)してください。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。
- 氏名、住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。
- この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま

(表 面)

【保険医療機関等の皆様へ】  
七飯町では、初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者に請求せず、七飯町へ請求されるようお願いします。

(障老)		重度心身障害者医療費受給者証	
町村番号		受給者番号	
受給者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
自己負担金			
有効期限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
発行機関名及び印	北海道亀田郡七飯町長		
交付年月日	年 月 日		

(裏 面)

注 意 事 項
<p>1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険診療に係る医療費(入院時食事療養費を除く)の自己負担はありません。 なお、北海道外等の保険医療機関等で医療費の支払いをした場合は領収書を添えて町長に申請(請求)してください。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま</p>

別記第6号様式(第3条関係)

(表 面)

<p><b>【保険医療機関等の皆様へ】</b> 七飯町では、初診時一部負担金及び1割一部負担金を助成しておりますので、受給者に請求せず、七飯町へ請求されるようお願いします。</p>			
<p>○ 親</p>		<p>ひとり親家庭等医療費受給者証</p>	
町村番号		受給者番号	
受給者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
自己負担金			
有効期限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
発行機関名及び印	北海道亀田郡七飯町長		
交付年月日	年 月 日		

(裏 面)

<p>注 意 事 項</p>
<p>1 この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、保険診療に係る医療費(入院時食事療養費を除く)の自己負担はありません。 なお、北海道外等の保険医療機関等で医療費の支払いをした場合は領収書を添えて町長に申請(請求)してください。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を町長に返してください。</p> <p>4 氏名、住所地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けま</p>



別記第7号様式(第4条関係)

重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
受給者との続柄

下記の理由により 重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 内 容	受給者	氏 名		受給者番号					
		住 所							
	再交付の理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他							
※ 決 定 欄	課長		係長		係		決定年月日		年 月 日
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。								
	却下理由								

(注) 申請者は、※欄に記入しないでください。

別記第8号様式(第5条関係)

重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費支給申請書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
受給者との続柄

重度心身障害者  
ひとり親家庭等 医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請及び請求します。

記

申 請 内 容	受 給 者	受給者番号				医療保険記号・番号		
		住 所						
		氏 名			生年月日	年 月 日		
	医 療 を 受 け た 病 院 等	名 称						
		所 在 地						
	診 療 の 内 容	入 院 別	入 院 ・ 入院外	療養の期間	自	年 月 日	至	年 月 日
		発病の原因				療養日数	日	
		療養に要した費用	円					
		医療費の支払方法	1 口座払	金融機関名	銀行		支店	
		2 現金払	口座番号	No.	名義人			
※ 決	課 長	係 長	係	決定年月日		年 月 日		
	1 上記申請内容を審査の結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。							
定 欄	支給決定	総医療費	保険給付費	高額療養費	付加給付及び 保険対象外額	初診時一部 負担金	支給決定額	
	却下理由							

(注) 申請者は、※欄に記入しないでください。

別記第10号様式(第7条関係)

重度心身障害者  
ひとり親家庭等医療費受給者住所等変更届

年 月 日

七飯町長 様

住 所  
届出者 氏 名  
受給者との続柄



下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者氏名						受給者番号		
	住 所	新						変更	年 月 日
		旧							
	氏 名	新						変更	年 月 日
		旧							
	保 険 者	新	保 険 者 名	-----	記 号 番 号		附 加 給 付	有・無	年 月 日
		旧	保 険 者 名	-----	記 号 番 号		附 加 給 付	有・無	
	高 確 法	新	被保険者(世帯主)の氏名					資格取得年月日	年 月 日
		旧	被保険者(世帯主)の氏名						
	※ 処 理 欄	課 長		係 長		係		処 理 日	年 月 日
上記届け出により次のとおり処理する。									
新受給者番号				台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証訂正・回収	未・済

(注) 届出者は※欄に記入しないで下さい。

別記第11号様式(第7条関係)

重度心身障害者 医療費受給資格喪失届  
ひとり親家庭等

年 月 日

七飯町長 様

住 所  
届出者 氏 名 ㊟  
受給者との続柄

下記の理由により 重度心身障害者 医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。  
ひとり親家庭等

記

届 出 内 容	受給者	氏 名		受給者 番 号		
		住 所				
※ 決 定 欄	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 高確法による医療の受給資格取得 3 高確法による医療の受給資格喪失 4 児童が18歳・20歳に到達 5 死 亡 6 そ の 他				
		発生年月日	年 月 日	加入医療保険		
		課長	係長	係	決 定 年月日	年 月 日
		上記届け出により次のとおり資格喪失の決定をする。				
	資格喪失年月日	払出簿整理年月日	受給者証回収年月日	台帳整理年月日		
	年 月 日					

(注) 届出者は※欄に記入しないで下さい。

別記第1号様式（第2条関係）

別記第2号様式（第2条関係）

別記第5号様式 その1（第3条関係）

別記第5号様式 その2（第3条関係）

別記第6号様式（第3条関係）

別記第7号様式（第4条関係）

別記第8号様式（第5条関係）

別記第10号様式（第7条関係）

別記第11号様式（第7条関係）