

○水巻町重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年9月27日規則第9号

改正

昭和52年7月1日規則第9号
昭和58年1月26日規則第1号
昭和60年4月4日規則第6号
平成元年12月28日規則第11号
平成8年12月26日規則第13号
平成10年12月25日規則第17号
平成11年4月1日規則第8号
平成13年6月29日規則第10号
平成14年10月1日規則第24号
平成18年12月28日規則第41号
平成19年2月5日規則第6号
平成20年3月27日規則第7号
平成20年8月4日規則第16号
平成21年3月30日規則第12号
平成28年3月28日規則第12号
平成28年9月27日規則第26号
平成30年5月21日規則第12号
令和元年8月14日規則第12号
令和2年12月21日規則第35号

水巻町重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、水巻町重度障がい者医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第24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の手続)

第3条 条例第5条の規定により、重度障がい者医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、重度障がい者医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
 - (2) 条例第2条第1項第1号の重度及び同条同項第3号の中等度の知的障がい者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）による身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）による精神障害者保健福祉手帳
 - (3) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
 - (4) その他町長が必要と認める書類
- (医療証の交付及び不交付の通知)

第4条 条例第6条第1項の規定による重度障がい者医療証（以下「医療証」という。）の交付は、3歳から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの者に対しては重度障がい者医療証（様式第2号（3歳から15歳用））により、15歳に達する日以後の最初の4月1日を経過する者から65歳未満の者に対しては重度障がい者医療証（様式第3号（15歳から65歳未満用）又は様式第3号の2（15歳から65歳未満、精神障がい者用））により、65歳以上の者に対しては重度障がい者医療証（様式第4号（65歳以上用）又は様式第4号の2（65歳以上、精神障がい者用））により行うものとする。

2 町長は、条例第6条第3項の規定により、医療証の交付をしないものと決定したときは、その理由を附して、申請者に対し通知するものとする。

（医療証の有効期限等）

第5条 医療証の有効期限は、次条第1項の規定により町長が定める受給資格の認定の更新を行う日の前日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に定める日までとする。

（1）有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障がい者の受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日

（2）15歳に達する場合 15歳に達する日以後の最初の3月31日

（3）65歳未満の者が有効期限までに65歳に達する場合65歳に達する日の属する月の末日

2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

（医療証の更新申請等）

第6条 町長は、3年ごとに一定の期日を定めて重度障がい者の受給資格の認定の更新を行うものとする。この場合において、受給資格の認定を受けようとする者は、第3条の申請書を町長に提出しなければならない。

2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。ただし、重度障がい者医療費の支給を受けることができる者を町の公簿等によつて確認できるときは、重度障がい者医療費受給資格認定申請書及び被保険者証等を提出させず、又はその一部を省略させることができるものとする。

（医療証の再交付）

第7条 受給資格者は、医療証を破り、よごし、又は失ったときは、重度障がい者医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは速やかに町長に返還しなければならない。

（保険医療機関等）

第8条 条例第7条で規定する規則で定める保険医療機関等は、次に掲げる病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションとする。

（1）健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局並びに同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション

（2）前号に掲げるもののほか、町長の定める病院、診療所又は薬局

（重度障がい者医療費の請求）

第9条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障がい者医療費の支払を町

長に請求しようとするときは、重度障がい者医療費請求書を町長に提出しなければならない。
(重度障がい者医療費の支給申請)

第10条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障がい者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障がい者医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、重度障がい者が水巻町国民健康保険の被保険者であつて、当該重度障がい者に係る重度障がい者医療費の額を公簿等によつて確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(医療費に関する決定の通知)

第11条 町長は、第10条第1項による申請書が提出された場合において、重度障がい者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもつてその内容を申請者に通知するものとする。
この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を附記するものとする。

(届出)

第12条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 重度障がい者の住所及び氏名
 - (2) 重度障がい者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名（重度障がい者が被保険者等でない場合のみ）
 - (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が重度障がい者又は被保険者等でない場合のみ）
 - (4) 重度障がい者の死亡
 - (5) 重度障がい者の被保険者等
 - (6) 重度障がい者の被保険者等に係る保険者
 - (7) 障がいの程度が軽減した事実
 - (8) その他町長が必要と認める事項
- 2 受給資格者は、条例第9条の規定により届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障がい者医療変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。
- 3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなつたときは、重度障がい者医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。
- 4 受給資格者は、重度障がい者医療費の支給事由が第三者の行為によつて生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届出なければならない。

(様式)

第13条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は次のとおりとする。

- (1) 重度障がい者医療費受給資格（認定・更新）認定申請書 様式第1号
- (2) 重度障がい者医療証（3歳から15歳用） 様式第2号
- (3) 重度障がい者医療証（15歳から65歳未満用） 様式第3号
- (4) 重度障がい者医療証（15歳から65歳未満：精神障がい者用） 様式第3号の2
- (5) 重度障がい者医療証（65歳以上用） 様式第4号
- (6) 重度障がい者医療証（65歳以上：精神障がい者用） 様式第4号の2
- (7) 重度障がい者医療証再交付申請書 様式第5号
- (8) 重度障がい者医療費請求書（医科歯科用） 様式第6号
- (9) 重度障がい者医療費請求書（調剤用） 様式第7号

- (10) 重度障がい者医療費支給申請書 様式第8号
- (11) 重度障がい者医療変更届 様式第9号
- (12) 重度障がい者訪問看護療養費請求書 様式第10号
- (13) 第三者の行為による被害届 様式第11号
- (14) 重度障がい者医療費受給資格喪失届 様式第12号

附 則

この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附 則 (昭和52年7月1日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和58年1月26日規則第1号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則 (昭和60年4月4日規則第6号)

改正

平成元年12月28日規則第11号

(施行期日等)

この規則は、公布の日から施行し、昭和60年4月1日から適用する。

附 則 (平成元年12月28日規則第11号)

(施行期日)

この規則は、平成2年1月1日から施行する。

附 則 (平成8年12月26日規則第13号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成10年12月25日規則第17号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則 (平成11年4月1日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成13年6月29日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行し、平成13年1月1日から適用する。

附 則 (平成14年10月1日規則第24号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則 (平成18年12月28日規則第41号)

この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

附 則 (平成19年2月5日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

附 則 (平成20年3月27日規則第7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8月4日規則第16号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する重度

障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成21年3月30日規則第12号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成21年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成28年3月28日規則第12号）

- 1 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成28年9月27日規則第26号）

この規則は、平成28年10月1日から施行する。

附 則（平成30年5月21日規則第12号）

- 1 この規則は、平成30年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（令和元年8月14日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行し、令和元年5月1日から適用する。

附 則（令和2年12月21日規則第35号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障がい者医療証の交付の手続きをすることができる。

様式第1号（第13条関係）

重度障がい者医療費受給資格（認定・更新）申請書（兼台帳）															
医療証番号					資格認定年月日		年 月 日								
申請事由		新規・更新・転入・その他（ ）			年齢区分		3歳～15歳・65歳未満・65歳以上								
① 受 給 者	ふりがな				住 所	〒 ー									
	氏 名														
	生年月日	年 月 日生													
	個人番号														
② 障 が い の 状 況	ふりがな				住 所	〒 ー									
	保 護 者 氏 名														
	個人番号														
③ 障 が い の 状 況	身体障がいの状況	程度（等級別）		の の 級											
	身障手帳の番号	年 月 日発行第 号（再判定 年 月）													
	知的障がいの状況	程 度	重 度 ・ 中 度	判 定 機 関											
	判定日	年 月 日（再判定 年 月）										摘 要			
	精神障がいの状況	程度（等級別）													
	精神手帳の番号	年 月 日発行第 号（期限 年 月 日）													
	国民年金受給者	証 書 番 号	第 号	傷 病 名	有 期 認 定	年 月 日まで									
	特別児童扶養手当受給者	証 書 番 号	第 号	傷 病 名	有 期 認 定	年 月 日まで									
	被保険者氏名				受給者との続柄										
	保険種別				被保険者証の記号番号										
保険者名				保険者番号											
所在地				付 加 給 付 有 無	有 ・ 無										
④ そ の 他	同居者氏名	(続柄)		(続柄)		(続柄)									
	(続柄)		(続柄)		(続柄)										
	施設入居の有無	有 ・ 無		他に受けることができる公費負担											
上記のとおり、重度障がい者医療費受給資格（認定・更新）を申請します。 受給資格の認定及び次年度以降の更新にあたり、水巻町が市町村民税に係る情報及び障がいの状況に係る情報の提供を受けるために、個人番号を利用することを承諾します。 なお、今後、助成を受ける医療費が高額療養費に該当する場合、高額療養費の請求及び受領について、世帯主及び被保険者は、水巻町長に委任します。 また、保険者から高額療養費が支給された場合は、障がい者医療給付分を水巻町へ返還します。 水巻町長 様 年 月 日 世帯主または 氏名 _____ 印 被 保 険 者 電話番号 _____															
所得状況		本 人		配 偶 者		扶養義務者									
控除後の所得額		円		円		円									
控除対象親族等		人		人		人									
限度額		円		円		円									
審査欄	資格①可 審査②否	所得①可 審査②否	判定	①認定 ②却下	公簿確認	戸籍・住民票・外人登録 生保・他制度医療・所得									

様式第2号（第13条関係）（3歳から15歳用）

(表 面)		(裏 面)	
福岡県重度障がい者医療 医 療 証		注意事項	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	1. この証は、水巻町の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
負担者番号	8 0 4 0 0 6 8 2	2. 受給者が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下さい。	
受給者番号	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃	3. 受給者が水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返してください。	
受給者	住所	4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに水巻町長にその旨を届け出てください。	
	氏名	男・女	5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 （後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。）
生年月日	年 月 日		
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない		
発行機関名及び印	福岡県 水巻町長		
交付年月日	年 月 日		
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。			

- 規 格 日本工業規格 B 列 7 番
- 印刷色 黒色
- 地 色 黄色
- 負担者番号 別紙のとおり
- 受給者番号 市町村において設定する。

様式第3号（第13条関係）（15歳から65歳未満用）

(表 面)		(裏 面)	
福岡県重度障がい者医療 医 療 証		注意事項	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	1. この証は、水巻町の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
負担者番号	8 0 4 0 0 6 8 2	2. 受給者が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下さい。	
受給者番号	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃	3. 受給者が水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返してください。	
受給者	住所	4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。	
	氏名	男・女	5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口で提示することにより入院の自己負担（日額）を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日水巻町での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 （後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。） 9. 後期高齢者医療制度に加入された場合は、水巻町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。
生年月日	年 月 日		
一部自己負担金	入院 1日当たり500円（月7日限度） ※低所得者の場合（※第17） 1日当たり300円（月7日限度） 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関（薬局を除く）ごとに負担してください。		
発行機関名及び印	福岡県 水巻町長		
交付年月日	年 月 日		
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。			

- 規 格 日本工業規格 B 列 7 番
- 印刷色 黒色
- 地 色 ブルー
- 負担者番号 別紙のとおり
- 受給者番号 市町村において設定する。

様式第3号の2（第13条関係）（15歳から65歳未満：精神障がい者用）

(表 面)										(裏 面)									
福岡県重度障がい者医療 優 医 療 証										注意事項									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで								1. この証は、水巻町の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。									
負担者番号		8 0 4 0 0 6 8 2								2. 受給者が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下さい。									
受給者番号										3. 受給者が水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返して下さい。									
受給者	住所									4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。									
	氏名									5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。									
	生年月日	年 月 日								6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。									
一部自己負担金		入院 1日当たり500円（月7日限度） ※低所得者の場合（※第9条1） 1日当たり300円（月7日限度） 精神病床への入院に係る費用は対象外（※第9条2） 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関（薬局を除く）ごとに負担して下さい。								7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口にて提示することにより入院の自己負担（日額）を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日水巻町での差額の払い戻し申請を行ってください。									
発行機関名及び印		福岡県 水巻町長								8. 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。									
交付年月日		年 月 日								9. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 （後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。）									
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。																			

様式第4号（第13条関係）（65歳以上用）

(表 面)										(裏 面)									
福岡県重度障がい者医療 優 医 療 証										注意事項									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで								1. この証は、水巻町の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。									
負担者番号		8 0 4 0 0 6 8 2								2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。									
受給者番号										3. 受給者が水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返して下さい。									
受給者	住所									4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。									
	氏名									5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。									
	生年月日	年 月 日								6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。									
一部自己負担金		入院 1日当たり500円（月7日限度） ※低所得者の場合（※第9条1） 1日当たり300円（月7日限度） 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関（薬局を除く）ごとに負担して下さい。								7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口にて提示することにより入院の自己負担（日額）を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日水巻町での差額の払い戻し申請を行ってください。									
発行機関名及び印		福岡県 水巻町長								8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 （後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。）									
交付年月日		年 月 日																	
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。																			

様式第4号の2（第13条関係）（65歳以上：精神障がい者用）

(表 面)										(裏 面)									
福岡県重度障がい者医療 ⑤ 医 療 証										注 意 事 項									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで								1. この証は、水巻町の条例により重度障がい者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。									
負担者番号		8	0	4	0	0	6	8	2	2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。									
受給者番号										3. 受給者が水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返してください。									
受給者	住所									4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに水巻町長にその旨を届け出てください。									
	氏名									男・女	5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに水巻町長にその旨を届け出て下さい。								
	生年月日	年 月 日								6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。									
一部自己負担金		入院 1日当たり500円（月7日限度） ※低所得者の場合（※第9条1） 1日当たり300円（月7日限度） 精神病床への入院に係る費用は対象外（※第9条2） 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関（薬局を除く）ごとに負担してください。								7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担（日額）を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日水巻町での差額の払い戻し申請を行ってください。									
発行機関名及び印		福岡県 水巻町長								8. 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。									
交付年月日		年 月 日								9. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 （後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。）									
※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。																			

- 規格 日本工業規格 B 列 7 番
- 印刷色 黒色
- 地色 白色
- 負担者番号 別紙のとおり
- 受給者番号 市町村において設定する。

様式第5号（第13条関係）

重 度 障 が い 者 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

水巻町長 様

申請者 住所

氏名

下記のとおりですから、重度障がい者医療証を再交付して下さるよう申請します。

重度障がい者医療証の
受 給 者 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--

受 給 者 の 氏 名 _____

申 請 の 理 由 1 なくした

2 やぶれた

3 よごれた

4 その他（ ）

様式第6号（第13条関係）

	1	3	8
	医 科	歯 科	医 保

年 月 分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

 殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。

年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

㊟

	保 割	険 合	給 付 別	件 数	診 療 実日数	総 点 数	子・障・親 医 療 費 給 付 外 の 額	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割		請 求						
			＊決 定						
	8割		請 求						
			＊決 定						
	割		請 求						
			＊決 定						
⑥ 障 が い 者	7割		請 求						
			＊決 定						
	8割		請 求						
			＊決 定						
	割		請 求						
			＊決 定						
⑨ ひ と り 親	7割		請 求						
			＊決 定						
	8割		請 求						
			＊決 定						
	割		請 求						
			＊決 定						

（注）※印の欄は記入しないでください。
 この様式で国保該当者分の請求はできません。
 実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号（第13条関係）

4	8
調 剤	医 保

年 月 分 子障親医療費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿

薬 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。

保険医療機関等の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名

年 月 日

㊞

	保 険 給 付 別	件 数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
	保 険 給 付 別	件 数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑥ 障 が い 者	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				
	保 険 給 付 別	件 数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請 求				
		*決 定				
	8割	請 求				
		*決 定				
	割	請 求				
		*決 定				

（注）※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第8号 (第13条関係)

重度障がい者医療費支給申請書			
		年 月 日	
水巻町長 様			
		申請者 住所 氏名	
次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、重度障がい者医療費の支給を申請します。			
重度障がい者医療証の受給者番号		被保険者証等の記号・番号	
申請対象者（児）氏名		世帯主、被保険者等氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 該当する番号 を ○ で 囲 む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他（ ）		
(決裁欄)			

重　度　障　が　い　者　医　療　変　更　届							
						年　月　日	
水巻町長　様							
届出人　住所 氏名							
医療証の受給者番号							
下記のとおり変更がありましたので、お届けします。							
Ⅰ　変更事由（該当するものを○で囲む）							
1　対象者の住所 2　対象者の氏名 3　被保険者証等の記号・番号 4　その他（ ）							
Ⅱ　変更の内容							
変　更　年　月　日	変　　　更　　　前	変　　　更　　　後					

		9	8
		訪	医 保

年 月 分 子障親訪問看護療養費請求書

4

0

殿 訪 問 看 護
 ステーションコード

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーションの
 所在地及び名称
 開設者氏名 ㊟

年 月 日

	保 険 給 付 別	件 数	実日数	総 金 額	子・障・親 訪問看護療 養費給付外 の 額	※ 金 額	備 考
⑤ 子 ど も	7割	請 求					
		＊決 定					
	8割	請 求					
		＊決 定					
割	請 求						
	＊決 定						
⑥ 障 が い 者	7割	請 求					
		＊決 定					
	8割	請 求					
		＊決 定					
割	請 求						
	＊決 定						
⑨ ひ と り 親	7割	請 求					
		＊決 定					
	8割	請 求					
		＊決 定					
割	請 求						
	＊決 定						

15/18

様式第11号(第13条関係)

第三者の行為による被害届

年 月 日

水巻町長 様

届出人 住所
氏名

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)	
加害者	住所		氏名	職業 電話
加害者の 使用者	住所		氏名	職業 電話
負傷の日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時 分頃 場所			
発病の原因 又は負傷時の状況				
疾病又は負傷の程度		治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた 医師名	当初	住所	氏名	電話
	転医後	住所	氏名	電話
自動車事故 の場合	自動車番号		自動車所有者 住所・氏名	電話
	自動車損害賠償 責任保険契約社		所在地	
損害賠償に 関する交渉 の経過				

様式第12号（第13条関係）

重度障がい者医療費受給資格喪失届

年 月 日

水巻町長 様

届出人 住所

氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1 転出予定
		2 生活保護受給
		3 死亡
		4 所得超過
		5 その他（ ）
受給資格喪失年月日		年 月 日
医療証	受給者番号	
	氏 名	

