

○四條畷市重度障害者の医療費の助成に関する条例

昭和48年12月22日

条例第39号

改正 昭和58年1月21日条例第2号

昭和60年3月25日条例第8号

平成6年9月30日条例第22号

平成10年12月18日条例第23号

平成12年3月24日条例第11号

平成16年10月1日条例第13号

平成18年6月13日条例第21号

平成18年10月1日条例第30号

平成19年12月11日条例第24号

平成20年3月28日条例第5号

平成26年9月11日条例第15号

平成29年2月27日条例第1号

平成29年9月5日条例第19号

(目的)

第1条 この条例は、重度障害者に対し医療費の一部を助成することにより、その健康の保持及び生活の安定に寄与し、もって重度障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この条例により医療費の助成を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、四條畷市の区域内に居住地を有する者であつて、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者又は規則で定める社会保険に関する法律(以下「社会保険各法」という。)若しくは高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)による被保険者(日雇特例被保険者を含む。以下同じ。)、組合員、加入者若しくは被扶養者のうち、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条に規定する身体障害者手帳(以下「身体障害者手帳」という。)の交付を受けている者のうち、その障害程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号の1級又は2級に該当する者

(2) 規則で定める判定機関(以下「判定機関」という。)において知的障害の程度が重

度であると判定された者

(3) 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)第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者のうち、その障害の程度が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第6条第3項の表において1級に該当する者

(4) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第7条第4項に規定する医療受給者証の交付を受けている者、特定疾患治療研究事業実施要綱に基づき都道府県知事が交付する受給者証の交付を受けている者のうち、その障害の程度が国民年金法施行令(昭和34年政令第184号)別表において1級の第9号に該当する者(その障害の程度が同程度以上と認められる者を含む。)又は特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)第2条第1項に規定する障害児のうち、その障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令(昭和50年政令第207号)別表第3において1級の第9号に該当する者

(5) 身体障害者手帳の交付を受け、かつ、判定機関において知的障害の程度が中度であると判定された者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者については、この条例による医療費の助成は行わない。

(1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付を受けている者

(2) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)に基づく措置により医療費の支給を受けている者

(3) 前2号に掲げるもののほか、国が実施する医療費公費負担制度に基づき、国民健康保険法又は社会保険各法の規定により、対象者、国民健康保険法による世帯主若しくは組合員(世帯主又は組合員であった者を含む。)又は社会保険各法による被保険者(日雇特例被保険者を含む。以下同じ。)若しくは組合員(被保険者又は組合員であった者を含む。)(以下これらを「対象者等」という。)が負担すべき額について全額公費負担を受けることができる者

(4) 四條畷市ひとり親家庭の医療費の助成に関する条例(昭和55年条例第9号)により医療費の助成を受けることができる者

(5) 四條畷市子どもの医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第39号)の規定に

より医療費の助成を受けることができる者

- 3 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5条第11項に規定する障害者支援施設又は児童福祉法(昭和22年法律第164号)第7条第1項に規定する児童福祉施設(障害児入所施設に限る。)への入所をしたことにより、当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる対象者(国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律における対象者(国民健康保険組合に加入している対象者は除く。)に限る。)であって、当該施設に入所をした際他の市町村(当該施設が所在する市町村以外の市町村をいう。)の区域内に住所を有していたと認められるものは、第1項の規定にかかわらず、対象者とする。

(所得制限)

第2条の2 前条の規定にかかわらず、前年(各年の1月から6月までの間に新たに適用を受けようとする者にあつては、前々年)の所得が、規則に定める額を超える者については、この条例による医療費の助成は行わない。

- 2 前項の規定にかかわらず、震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により、自己又は所得税法(昭和40年法律第33号)に規定する控除対象配偶者若しくは扶養親族の所有に係る住宅、家財、主たる生業の維持に供する田畑、宅地、家屋又は機械・器具その他事業の用に供する固定資産(鉱業権、漁業権その他の無形減価償却資産を除く。)につき被害金額(保険金、損害賠償金等により補充された金額を除く。)がその価格のおおむね2分の1以上である損害を受けた者がある場合においては、その損害を受けた月から翌年の10月31日までは、その損害を受けた年の前年の所得における当該損害を受けた者の所得に関しては、同項の規定は適用しない。
- 3 第1項において、計算される所得の範囲及びその額の計算方法については規則で定める。
- 4 第1項の規定にかかわらず、同項において計算される所得の額の計算方法について、規則で定める所得の額の計算方法の特例を適用した場合において、同項に規定された額以下になる者は除く。

(助成の範囲)

第3条 市は、対象者の疾病又は負傷について、国民健康保険法又は社会保険各法の規定による療養の給付又は保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、高額療養費、特別療養費、家族療養費又は家族訪問看護療養費について保険給付が行われた場合(食事療養若しくは生活療養に係る給付又は精神病棟への入院に係る給付を除く。)における療養に要する費用の額のうち、対象者等が負担すべき額から規則で定める一部自己負担額を控除した

額(以下「助成額」という。)を助成する。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号に該当する場合は、その限度において助成を行わない。

(1) 対象者の疾病又は負傷について、国又は地方公共団体の負担による療養に関する給付が行われるとき。

(2) 社会保険各法の規定による承認法人等、健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団から社会保険各法の規定により対象者の支払った一部負担金に相当する額の範囲内において、規約、定款等をもって給付が行われたとき。

(3) 独立行政法人日本スポーツ振興センター法(平成14年法律第162号)に基づく災害共済給付の給付を受けたとき。

(助成の適用)

第4条 前条の規定による医療費の助成は、次条の申請があつた日(以下「申請日」という。)から適用する。ただし、申請日の属する月の前月以前から申請日まで第2条第1項各号に掲げる者に該当していた場合は、申請日の属する月の初日(申請日の属する月に同項各号に掲げる者に該当していた場合にあっては、その該当することとなった日)から適用する。

(申請)

第5条 この条例により医療費の助成を受けようとする者は、規則で定めるところにより、市長に申請しなければならない。

(助成の決定)

第6条 市長は、前条の申請を受理したときは、その資格又は内容を審査し、医療費の助成を行うか否かを決定する。

2 市長は、医療費の助成を行うことを決定したときは、当該申請をした者に規則で定める医療証(以下「医療証」という。)を交付する。

3 市長は、医療費の助成を行わないことを決定したときは、速やかに、その旨を当該申請をした者に通知する。

(医療証の有効期限)

第6条の2 医療証の有効期限は、毎年10月31日とする。

(医療証の更新の申請)

第6条の3 医療証の交付を受けた者が、前条の有効期限の満了後も引き続き医療費の助成を受けようとするときは、規則で定めるところにより、市長に申請しなければならない。

2 第6条第1項から第3項までの規定は、前項の規定による医療証の更新の申請について準用する。

(医療証の提示)

第7条 第6条第2項(前条第2項において準用する場合を含む。)の規定による決定(以下「助成の決定」という。)を受けた者(以下「受給者」という。)は、療養を受けようとするときは、健康保険法(大正11年法律第70号)に規定する保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者で規則で定める病院、診療所、薬局及び指定訪問看護事業者(以下「保険医療機関等」という。)に医療証を提示しなければならない。

(助成の方法)

第8条 医療費の助成は、助成額を市長が保険医療機関等に支払うことにより行う。ただし、市長が特別の理由があると認めるときは、受給者に支払うことにより医療費の助成を行うことができる。

(損害賠償との調整)

第9条 市長は、対象者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、第3条の規定により助成すべき医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した医療費の額に相当する金額を返還させることができる。

(届出義務)

第10条 医療証の交付を受けた者は、住所、氏名その他の規則で定める事項に変更があったときは、速やかに、その旨を市長に届け出なければならない。

2 医療証の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定による死亡の届出義務者が、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

(譲渡等の禁止)

第11条 この条例による助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供することができない。

2 医療証は、譲渡し、又は貸与してはならない。

(助成の決定の取消し等)

第11条の2 市長は、受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消すことができる。

(1) 対象者に該当しないこととなったとき。

(2) 虚偽その他不正の手段により助成の決定を受けたとき。

2 市長は、受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成の全部又は一部を行わないことができる。

(1) 第5条若しくは第6条の3第1項の規定による申請又は第10条第1項の規定による届出に関し、虚偽の申請又は届出をしたとき。

(2) 受給者が、正当な理由がなくて、第12条の2の規定による求めに応じないとき。

第11条の3 市長は、受給者が、正当な理由がなくて、第10条第1項の規定による届出をしないときは、助成を一時差し止めることができる。

(助成金の返還)

第12条 市長は、第11条の2第1項の規定により助成の決定を取り消した場合又は同条第2項の規定により助成の全部又は一部を行わない場合において、当該取消しに係る部分又は助成の全部若しくは一部を行わない決定をした部分に関し、既に助成が行われているときは、期限を定めてその額の返還を命ずることができる。

(書類の閲覧等の要求)

第12条の2 市長は、受給者又は関係機関に対して、当該受給者が対象者に該当するかどうかについて確認する必要があると認めるときは、必要な書類の閲覧又は資料の提出を求めることができる。

(委任)

第13条 この条例に定めるもののほか、この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、昭和49年1月1日から施行する。

附 則(昭和58年条例第2号)

- 1 この条例は、昭和58年2月1日から施行する。
- 2 この条例の施行日前に行われた改正前の四條畷市老人医療費の助成に関する条例、四條畷市身体障害者及び精神薄弱者の医療費の助成に関する条例及び四條畷市母子家庭の医療費の助成に関する条例による医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(昭和60年条例第8号)

この条例は、昭和60年4月1日から施行する。

附 則(平成6年条例第22号)

(施行期日)

- 1 この条例は、平成6年10月1日から施行する。

(適用区分)

- 2 改正後の四條畷市老人医療費の助成に関する条例、四條畷市身体障害者及び精神薄弱者

の医療費の助成に関する条例、四條畷市母子家庭の医療費の助成に関する条例及び四條畷市被用者保険の被保険者等に対する医療費の助成に関する条例の規定は、平成6年10月1日以後の疾病又は負傷による医療に係る医療費の助成について適用し、同日前の疾病又は負傷による医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成10年条例第23号)抄

この条例は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成12年条例第11号)

この条例は、平成12年4月1日から施行する。

附 則(平成16年条例第13号)抄

(施行期日)

- 1 この条例は、平成16年11月1日から施行する。

(適用区分)

- 4 第2条の規定による改正後の四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例の規定は、施行日以後に行われる医療に係る医療費の助成について適用し、施行日前行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成18年条例第21号)

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成18年条例第30号)

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成19年条例第24号)抄

(施行期日)

- 1 この条例は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成20年条例第5号)抄

この条例は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成26年条例第15号)

この条例は、公布の日から施行する。ただし、第1条中四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例第2条第2項第1号の改正規定、第2条中四條畷市ひとり親家庭の医療費の助成に関する条例第2条第2項第1号の改正規定及び第3条中四條畷市営住宅条例第4条第2項第5号の改正規定は、平成26年10月1日から施行する。

附 則(平成29年条例第1号)抄

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成29年条例第19号)抄

(施行期日)

- 1 この条例は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 第1条による改正後の四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例の規定、第2条の規定による改正後の四條畷市ひとり親家庭の医療費の助成に関する条例の規定及び第3条の規定による改正後の四條畷市子どもの医療費の助成に関する条例の規定については、この条例の施行の日(以下「施行日」という。)以後に受けた医療に係る医療費の助成について適用し、施行日前に受けた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

(準備行為)

- 5 重度障害者医療費の助成、ひとり親家庭の医療費の助成及び子どもの医療費の助成の決定に関する手続その他必要な準備行為は、この条例の施行前においても行うことができる。



○四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例施行規則

昭和48年12月25日

規則第24号

改正 昭和59年9月1日規則第17号

昭和60年3月30日規則第7号

昭和63年6月21日規則第5号

平成元年3月31日規則第4号

平成2年6月30日規則第12号

平成8年5月27日規則第14号

平成9年3月31日規則第5号

平成10年3月31日規則第9号

平成10年12月24日規則第48号

平成16年2月17日規則第5号

平成16年10月29日規則第34号

平成18年7月20日規則第28号

平成18年10月1日規則第41号

平成29年4月18日規則第15号

平成29年5月26日規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第39号。以下「条例」という。)の施行について必要な事項を定めるものとする。

(社会保険各法)

第2条 条例第2条第1項の社会保険各法は、次の各号に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(判定機関)

第3条 条例第2条第1項第2号の判定機関は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)に基づく児童相談所
- (2) 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)に基づく知的障害者更生相談所
- (3) 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)に基づく精神保健指定医

(所得の額)

第4条 条例第2条の2第1項に規定する規則で定める所得の額は、対象者の所得税法(昭和40年法律第33号)に規定する控除対象配偶者及び扶養親族(以下「扶養親族等」という。)がないときは、462万千円とし、扶養親族等があるときは、462万千円に当該扶養親族等1人につき38万円(当該扶養親族等が所得税法に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養親族であるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき48万円とし、当該扶養親族等が同法に規定する特定扶養親族であるときは、当該特定扶養親族1人につき63万円とする。)を加算した額とする。

(所得の範囲)

第4条の2 条例第2条の2第3項に規定する規則で定める所得の範囲は、国民年金法施行令(昭和34年政令第184号)第6条の規定を準用する。この場合において、同条中「法第36条の3第1項」とあるのは、「条例第2条の2第1項」と読み替える。

(所得の額の計算方法)

第5条 条例第2条の2第3項に規定する規則で定める所得の額の計算方法は、国民年金法施行令第6条の2の規定を準用する。この場合において、同条中「法第36条の3第1項」とあるのは、「条例第2条の2第1項」と読み替える。

- 2 対象者が母子及び父子並びに寡婦福祉法施行令(昭和39年政令第224号)第1条第2号に掲げる女子又は同令第1条の2第2号に掲げる男子に該当する旨を申し出た場合は、対象者を地方税法(昭和25年法律第226号)第292条第1項第11号及び所得税法第2条第1項第30号に規定する寡婦又は地方税法第292条第1項第12号及び所得税法第2条第1項第31号に規定する寡夫とみなして算定した市町村民税の額及び所得税の額によることができる。ただし、寡夫とみなされる対象者の当該年度の初日の属する年の前年の合計所得が500万円超えるときは、この限りではない。

(所得の額の計算方法の特例)

第5条の2 条例第2条の2第4項の規則で定める所得の額の計算方法の特例は、四條畷市老人医療費の助成に関する条例施行規則(昭和46年規則第14号)第2条の3第3項及び第4項の規定を準用する。

(一部自己負担額)

第5条の3 条例第3条の規則で定める一部自己負担額は、条例第7条に規定する保険医療機関等(薬局を除く。以下この条において「保険医療機関」という。)ごとに、1日につき500円とする。ただし、当該一部自己負担額は、条例第9条に規定する受給者(以下「受給者」という。)が負担すべき額を超えることができない。

- 2 前項の規定にかかわらず、受給者が同一の月に同一の保険医療機関において行う一部自己負担額の支払いは、2日までとする。
- 3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関における前2項の規定の適用については、歯科診療及び歯科診療以外の診療は、それぞれ別の保険医療機関の診療とみなす。
- 4 受給者が同一の月に同一の保険医療機関において入院及び入院以外の療養を受けた場合における第1項及び第2項の規定の適用については、入院及び入院以外の療養は、それぞれ別の保険医療機関について受けたものとみなす。
- 5 受給者が同一の月に支払った一部自己負担額を合算した額が2,500円を超える場合は、当該合算した額から2,500円を控除した額を助成する。
- 6 前項の規定による助成を受けようとする者は、医療費支給申請書兼口座振替依頼書(様式第4号)に、当該医療について条例第3条第1項に規定する医療に関する給付が行われたことを証明する書類、当該医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要と認める書類を添えて、その医療を受けて一部自己負担額を支払った日の属する月の翌月以降に市長に申請しなければならない。

(医療証の交付の申請等)

第6条 条例第5条の規定による申請は、医療証交付申請書(様式第1号)に医療保険証を添えてしなければならない。

- 2 条例第6条第2項の医療証の様式は、様式第2号のとおりとする。
- 3 受給者は、医療証の有効期間が満了したときは、当該医療証を速やかに市長に返還しなければならない。

(医療証の失効)

第6条の2 医療証は、次の各号のいずれかに掲げる日の前日に失効する。

- (1) 受給者が四條畷市の区域内の居住地を有しないこととなった日
- (2) 医療保険喪失日
- (3) 条例第2条第2項各号のいずれかに該当することとなった日

(4) 条例第2条第1項第2号又は第3号に規定する知的障害の程度について判定機関の再判定により非該当とされた日

(医療証の更新の申請等)

第6条の3 医療証の有効期限の到来する者は、医療証更新申請書(様式第1号)に医療保険証を添えてしなければならない。

(医療証の再交付の申請等)

第7条 医療証を破り、汚損し、又は紛失したときは、医療証再交付申請書(様式第3号)により市長に再交付を申請することができる。

2 医療証を破り、又は汚損したときの前項の申請は、同項の申請書にその医療証を添えなければならない。

3 第1項の規定により医療証の再交付を受けた後、紛失した医療証を発見したときは、すみやかに、その医療証を市長に返還しなければならない。

(条例第7条の規則で定める保険医療機関等)

第7条の2 条例第7条の規則で定める保険医療機関等は、大阪府内及び奈良県内の病院、診療所及び薬局のうち市長が別に定めるものとする。

(助成の方法の特例)

第8条 条例第10条ただし書の特別な理由は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

(1) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)又は社会保険各法の規定により受給者(条例第2条第1項に規定する受給者をいう。以下同じ。)に係る保険外併用療養費又は療養費(医療保険の対象として認められる海外療養費を含む。)、特別療養費又は家族療養費(社会保険各法の適用がある場合に限る。)が現に支給されたとき。

(2) 前条に規定する保険医療機関等以外で療養の給付を受けたとき。

(3) 前2号に定める場合のほか、市長が特別に必要があると認めるとき。

2 第5条の3第6項の規定は、条例第8条ただし書に規定する方法による医療費の助成を受けようとする場合について準用する。

(届出事項等)

第9条 条例第10条の規則で定める住所、氏名その他の事項は、次に掲げる事項とし、同条の規定による届出は、医療費助成資格変更届(様式第5号)又は医療費助成資格喪失届(様式第6号)に医療証を添え、その事由が生じたときから14日以内に市長に提出することにより行わなければならない。ただし、第3号に係る届出は、医療証の添付を要しない。

(1) 受給者の住所又は氏名

- (2) 保護者の住所又は氏名
- (3) 加入医療保険
- (4) 身体障害の程度又は種別
- (5) 知的障害の程度
- (6) 資格喪失
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

2 条例第10条第1項及び第2項の届出は、受給資格変更届(様式第5号)又は受給資格喪失届(様式第6号)に医療証を添えてしなければならない。

(損害賠償を受け得る場合の届出)

第10条 受給者は、自己の疾病又は負傷に関し、損害賠償を受けることができる場合には、その事実、当該損害賠償をすべき者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)並びに被害の状況を速やかに市長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第11条 市長は、この規則の規定による申請をする場合に提出する申請書に添えなければならない書類により明らかにすべき事実を公簿等により確認することができるときは当該書類を省略させることができる。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、昭和49年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 第3条に規定する児童相談所、知的障害者更生相談所その他の機関又は精神科の専門の医師において次の各号の一の受給資格の認定を受けている者について、その者から昭和49年3月31日までに条例第5条の規定による申請があつた場合には、その者の知的障害の程度についての判定は、当該児童相談所又は知的障害者更生相談所においてなされたものとみなす。

- (1) 特別児童扶養手当法(昭和39年法律第134号)による特別児童扶養手当
- (2) 国民年金法(昭和34年法律第141号)による障害福祉年金
- (3) 大阪府が実施する大阪府重度障害者(児)給付金支給制度に基づく大阪府重度障害者(児)給付金

3 前項による判定の有効期間は、別に定める。

附 則(昭和59年規則第17号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の規定は、昭和59年4月1日から適用する。  
ただし、第1条の規定による改正後の様式第1号の規定は、公布の日から適用する。

附 則(昭和60年規則第7号)

この規則は、昭和60年4月1日から施行する。

附 則(昭和63年規則第5号)

この規則は、昭和63年7月1日から施行する。

附 則(平成元年規則第4号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成2年規則第12号)

この規則は、平成2年7月1日から施行する。

附 則(平成8年規則第14号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成9年規則第5号)

この規則は、平成9年4月1日から施行する。

附 則(平成10年規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成10年規則第48号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成16年規則第5号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の第5条の規定は、平成16年7月1日以後に医療費の助成の適用を受けようとする場合における所得の計算方法について適用し、同日前に医療費の助成の適用を受けようとする場合における所得の計算方法については、なお従前の例による。

附 則(平成16年規則第34号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成16年11月1日から施行する。

(適用区分)

- 2 改正後の四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の

規定については、この規則の施行の日以後に行われる医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成18年規則第28号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例施行規則(以下「新規則」という。)第5条の3第5項及び第6項の規定は、平成18年7月1日以後に行われる医療に係る一部自己負担額について適用し、同日前に行われた医療に係る一部自己負担額については、なお従前の例による。
- 3 改正前の四條畷市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の様式により作成した用紙は、当分の間、所要の調整をした上、新規則の様式により作成した用紙として使用することができる。

附 則(平成18年規則第41号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成29年規則第15号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成29年規則第25号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号

(表)

身体障害者及び知的障害者医療証交付(更新)申請書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
続柄(対象者の) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり医療証の交付(更新)を申請します。

なお、申請に当たり、所得その他必要な情報を公簿等により確認することを承諾します。

|                            |                                       |                         |               |                  |                   |                |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------|------------------|-------------------|----------------|
| 申 請 理 由                    | 1障害者該当 2転入 3保険加入・変更 4生保停止 5所得制限無 6( ) |                         |               |                  |                   |                |
| 対 象 者                      | ふりがな<br>氏 名                           |                         |               | 生年月日<br>年 月 日    |                   | 性別<br>男・女      |
|                            | 住 所                                   |                         |               | 住民となった日<br>年 月 日 |                   |                |
| 保 護 者<br>(後見人<br>親権者)      | 住 所                                   |                         |               | TEL -            |                   |                |
|                            | 氏 名                                   |                         | 生年月日<br>年 月 日 |                  | 続柄 対象者の           |                |
| 加 入 医 療                    | 世帯主・被保険者等氏名                           |                         |               | 続柄 対象者の          |                   |                |
|                            | 世帯主・被保険者等住所                           |                         |               |                  |                   |                |
| 保 険                        | 保険種別 政・組・日・船・共・国                      |                         |               | 附加給付 有・無         |                   |                |
|                            | 記号                                    |                         | 番号            |                  | 資格取得年月日 年 月 日     |                |
|                            | 発行機関                                  | 所在地                     |               |                  |                   |                |
|                            | 名 称 [符号]                              |                         |               |                  |                   |                |
| 障 害 の<br>状 況               | 身体障害<br>の 状 況                         | 程度(級別)<br>1・2・3・4・5・6   |               |                  | 障害種別<br>視・聴・言・肢・内 |                |
|                            |                                       | 身体障害者手帳<br>年 月 日 発行 第 号 |               |                  |                   |                |
| 状 況                        | 知的障害<br>の 状 況                         | 程度<br>重度・中度・軽度          |               | 判定機関             |                   | 判定年月日<br>年 月 日 |
|                            |                                       | 療育手帳<br>年 月 日 発行 第 号    |               |                  |                   |                |
| 障害福祉年金又は特別児童扶養手当の受給の有無 有 無 |                                       |                         |               |                  |                   |                |

|                    |     |                  |     |
|--------------------|-----|------------------|-----|
| 家族療養附加金代理<br>受領委任状 | 有 無 | 高額医療費代理<br>受領委任状 | 有 無 |
|--------------------|-----|------------------|-----|

|                  |     |       |   |     |     |     |   |
|------------------|-----|-------|---|-----|-----|-----|---|
| 医 療 証<br>記 号 番 号 | 第 号 | 発行年月日 | 決 | 課 長 | 係 長 | 担当者 | 受 |
|                  |     | ・     | 裁 |     |     |     | 付 |

※ 申請者の欄及び太線わく内について記入してください。

※ 該当する内容は、字句又は数字を○で囲んでください。

※ 申請は障害の状況を証する書類(身体障害者手帳、療育手帳、判定機関の証明書等)及び障害福祉年金又は特別児童扶養手当を受給している方については、それを証する書類を添えて行ってください。

※ 障害福祉年金又は特別児童扶養手当を受給されていない方は、(裏)の所得状況も記入してください。



(裏)

所 得 状 況

| 対 象 者 氏 名                      |                             |               |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 条例第2条の2第1項に規定する額               |                             | 円             |
| 扶養親族が無い場合                      |                             | 円             |
| 扶養親族がある場合の加算額                  |                             | 円             |
| -----                          |                             |               |
| 扶養親族の数<br>人                    | うち老人控除対象配偶者及び<br>老人扶養親族の合計数 | うち特定扶養親族<br>人 |
| 所 得 額                          |                             | 円             |
| 控<br><br><br><br><br><br><br>除 | 雑損                          | 円             |
|                                | 医療費                         | 円             |
|                                | 小規模企業共済等掛金                  | 円             |
|                                | 配偶者特別控除                     | 円             |
|                                | 社会保険料                       | 円             |
|                                | 障害者である扶養親族数<br>障 人 特障 人     | 円             |
|                                | 寡・寡特・勤の別                    | 円             |
|                                | 地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額       | 円             |
|                                | その他                         | 円             |
| 控 除 後 の 所 得 額                  |                             | 円             |

様式第2号

(表)

この証は大阪府内と一部奈良県内で使用できます。(奈良県内は社会保険加入者のみ)。

| 障害者医療          |                    | 医 療 証 |  |
|----------------|--------------------|-------|--|
| 公費負担者番号        | 8 0 2 7 0 3 0 9    |       |  |
| 受給者番号          |                    |       |  |
| 対象者            | 住 所<br>大阪府四條畷市     |       |  |
|                | フリガナ<br>氏 名        |       |  |
|                | 生年月日<br>年 月 日 男・女  |       |  |
| 有効期間           | 年 月 日から<br>年 月 日まで |       |  |
| 発行機関名<br>及 び 印 | 大阪府<br>四條畷市長       |       |  |
| 交付年月日          | 年 月 日              |       |  |

(裏)

ご 注 意

- この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。
- この証は、本人以外は使えません。
- 診療などをお受けになるときは、保険証にこの証を添えて、医療機関の窓口へ必ずご提出ください。
- 対象者としての資格がなくなつたとき、又は有効期間を経過したときは、この証は使えなくなりますので、すみやかにお返しください。
- 氏名・住所または加入医療保険等に変更があつたときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 他の都道府県の医療機関で受診されたときは、いつたん医療費を支払つていただき、翌以降に、指定の手続きにより払戻しの請求ができます。医療機関の領収証の原本を添えて手続きをしてください。
- この証を破つたり、汚して使えなくなつたり、またはなくしたりしたときは再交付を受けてください。
- 他の法令等により公費負担を受けることができる場合は、その公費負担を優先的に受けてください。

様式第3号

身体障害者及び知的障害者医療証再交付申請書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

続柄(受給者の) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

※申請者の欄および太線わく内については記入してください。  
※申請理由の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

|                   |  |               |                                    |       |     |
|-------------------|--|---------------|------------------------------------|-------|-----|
| 申請理由              | 1 なくした    2 やぶれた    3 よごれた    4 その他( ) |               |                                    |       |     |
| 受給者               | 氏名                                     | 生年月日<br>年 月 日 | 性別<br>男・女                          |       |     |
|                   | 住所                                     |               |                                    |       |     |
| 医療証               | 記号番号                                   |               | 申請理由2または3に該当するときは、ここに医療証を添付してください。 |       |     |
| 加 入<br>医 療<br>保 険 | 世帯主・被保険者等氏名                            |               |                                    |       |     |
|                   | 保険種別<br>政・組・日・船・共・国                    |               |                                    |       |     |
|                   | 記号番号                                   |               |                                    |       |     |
|                   | 発行機関                                   |               |                                    |       |     |
| 決 裁               |  | 課 長           | 係 長                                | 担 当 者 | 受 付 |

様式第4号

身体障害者及び知的障害者医療費  
支給申請書並びに口座振替依頼書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
続柄(受給者の) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
医療証 記号番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり医療費の支給を申請します。  
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

※申請者の欄および太線わく内について記入してください。

|                    |           |                  |               |
|--------------------|-----------|------------------|---------------|
| 受給者                | 氏名        | (印)              | TEL           |
|                    | 住所        |                  |               |
| 加入療保               | 世帯主・被保険者等 | 保険種別 政・組・日・船・共・国 |               |
|                    | 記号番号      | 発行機関             |               |
|                    | 自己負担割合    | 割                | 附加給付 有 ・ 無    |
| 口座振替               | 振込先       | 預金種目             | 普通 ・ 当座       |
|                    | 銀行 支店     | 口座番号             |               |
|                    |           | 口座名義             |               |
| 医療機関の窓口で医療費を支払った理由 |           |                  | 医療費支給申請額<br>円 |

※右の領収書は、医療機関等において記入してもらってください。

|                              |                    |              |         |
|------------------------------|--------------------|--------------|---------|
| 領収書                          | 傷病名                | 診療区分         | 診療期間    |
| (記入しがたい場合は、記入不要)             |                    | 内科・歯科・薬剤・その他 | 年 月 日から |
|                              |                    | 入院・入院外       | 年 月 日まで |
| 領収金額                         | 保険診療               | 総数点          | 医療費総額   |
| ¥ _____                      |                    | 点            | 円       |
| ただし、( )にかかる<br>年 月分保険診療一部負担金 | 公費負担区分<br>(結核・精神等) | 点            |         |
| 医療機関等                        | 住所                 |              |         |
|                              | 名称                 |              |         |
|                              | 氏名                 | (印)          |         |

様式第5号

身体障害者及び知的障害者医療費受給資格変更届

年 月 日

四條畷市長 あて

届出人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 続柄(対象者の) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 医療証 記号番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

※ 該当する番号および事項を○で囲み該当空欄に必要事項を記入してください。

| 変更項目  |        | 変更後         | 変更前         |
|-------|--------|-------------|-------------|
| 1     | 対象者    | 氏名          |             |
| 2     |        | 住所          |             |
| 3     | 保護者    | 氏名          |             |
| 4     |        | 住所          |             |
| 5     | 加入医療保険 | 保険種別        | 政・組・日・船・共・国 |
| 6     |        | 発行機関の名称     |             |
| 7     |        | 発行機関の所在地    |             |
| 8     |        | 附加給付        | 有・無( )      |
| 9     |        | 記号番号        |             |
| 10    |        | 世帯主・被保険者等氏名 |             |
| 11    |        | 世帯主・被保険者等住所 |             |
| 12    | 障害     | 身体障害の程度     | 1・2・3・4・5・6 |
| 13    |        | 身体障害の種別     | 視・聴・言・肢・内   |
| 14    |        | 知的障害の程度     | 重度・中度・軽度    |
| 変更年月日 |        | 年 月 日       |             |

様式第6号

身体障害者及び知的障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

四條畷市長 あて

届出人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 続柄(対象者の) \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 医療証 記号番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり受給資格を喪失しましたのでお届けします。

※ 届出人の欄および太線わく内について記入してください。  
 ※ 該当する番号および事項を○で囲み、該当空欄に必要事項を記入してください。

|                   |             |                     |  |                  |  |       |
|-------------------|-------------|---------------------|--|------------------|--|-------|
| 受 給 者             | 氏 名         |                     | 生年月日<br>年 月 日  | 性別<br>男・女        |  |       |
|                   | 住 所         |                     |  |                  |  |       |
| 受 給 資 格 喪 失 事 由   | 1           | 死 亡                 | 病 気・事 故  |                  |  |       |
|                   | 2           | 生 活 保 護 開 始         |  |                  |  |       |
|                   | 3           | 社会保険各法の被保険者・組合員となつた | 保険種別<br>政・組・日・船・共<br>-----<br>保険名の名称                 | ここに医療証を添付してください。 |  |       |
|                   | 4           | 医 療 保 険 脱 退         |  |                  |  |       |
|                   | 5           | 他の医療費公費負担制度へ移行      |  |                  |  |       |
|                   | 6           | 転 出                 | (転出先)  |                  |  |       |
|                   | 7           | 障害者                 | 身体障害の程度<br>1・2・3・4・5・6<br>-----                      |                  |  |       |
|                   |             | 非該当                 | 身体障害の種別<br>視・聴・言・肢・内<br>-----<br>知的障害の程度<br>重度・中度・軽度 |                  |  |       |
| 8                 | 所 得 制 限 抵 触 |                     |  |                  |  |       |
| 喪 失 事 由 該 当 年 月 日 |             |                     |  |                  |  | 年 月 日 |

様式第7号

身体障害者及び知的障害者医療費一部自己負担額償還申請書

年 月 日

四條畷市長 あて

下記のとおり、 年 月に医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。

なお、支給の際は、下記口座へ振り込んでください。

|                |       |           |       |              |
|----------------|-------|-----------|-------|--------------|
| 申請者            | 住 所   |           |       |              |
|                | 氏 名   | 電話( ) ー ① |       |              |
| 受 給 者          | 住 所   |           |       |              |
|                | 氏 名   | 生年月日      | 年 月 日 |              |
|                | 受給者番号 | 公費負担者番号   |       |              |
| 支払った一部自己負担額の合計 |       |           |       |              |
| 円              |       |           |       |              |
| 償還を受ける額        |       |           |       |              |
| 円              |       |           |       |              |
| 振 込 先          | 金融機関名 |           | 種別    | 口座番号         |
|                |       | 本店<br>支店  |       | ふりがな<br>口座名義 |
| (市使用欄)         |       |           |       |              |

様式第 1 号

様式第 2 号

様式第 3 号

様式第 4 号

様式第 5 号

様式第 6 号

様式第 7 号