

改正

平成元年3月29日規則第2号
平成6年12月28日規則第37号
平成9年12月1日規則第43号
平成11年3月10日規則第8号
平成13年12月21日規則第41号
平成16年8月31日規則第34号
平成18年3月31日規則第17号
平成18年9月28日規則第59号
平成20年4月1日規則第32号
平成20年12月30日規則第64号
平成22年9月1日規則第35号

標茶町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

標茶町重度心身障害者及び母子家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則（昭和48年標茶町規則第24号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、標茶町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例（昭和48年標茶町条例第30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。

（一部負担金）

第2条 条例第2条第5項の規定による一部負担金は次のとおりとする。

（1） 受給者が3歳未満（3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）

又はその属する世帯員全員が町民税非課税者の場合

初診時一部負担金（医科診療に係るときは初診1件につき580円、歯科診療に係るときは初診1件につき510円、柔道整復師に係るとき（乳幼児等医療給付事業を除く。）は初診1件につき270円）

（2） 前号以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料及び食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は、令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、44,400円とし、令第14条第3項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第3項の規定にかかわらず12,000円とする。

（一部負担金と基本利用料の合算）

第2条の2 前条第2号の場合であって、受給者が条例第2条第6項に規定する基本利用料を負担した場合には、額に当該基本利用料を加算した額とする。

（受給者証の交付申請）

第3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、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書（別記第1号様式又は別記第2号様式）を町長に提出するものとする。

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号に規定する障害手帳又は同条同項第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（別記第3号様式）又は同項第3号に規定する精神保健手帳。ただし、同条同項第1号に規定する障害手帳交付の原因となる入通院があつたときは、入通院日についての申立書（別記第4号様式）

（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督保

護している事項を明らかにすることができる書類

(3) 第2条第1号に規定する者（その者の属する世帯員全員が町民税非課税者に限る。）にあつては、世帯全員が町民税非課税者であることを確認できる書類

3 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

4 町長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

（受給者の決定）

第4条 町長は、条例第6条により受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書（別記第5号様式）により受給資格者であることを承認しないことを決定したときは、申請者に重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（別記第6号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第5条 町長は、条例第6条の規定により受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証（別記第7号様式、別記第7号様式の2、別記第7号様式の3及び別記第7号様式の4又は別記第8号様式、別記第8号様式の2）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から7月31日までとする。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

（受給者証の再交付）

第6条 受給資格者は、受給者証を破損、汚損又は紛失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、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（別記第9号様式。以下「再交付申請書」という。）を町長に提出して、その再交付を受けることができる。

2 町長は、再交付申請書の提出があつたときは、その内容を審査の上、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付通知書（別記第5号様式）に添えて受給者証を再交付するものとする。

（助成金の交付申請）

第7条 受給資格者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給申請書（別記第10号様式）を町長に提出するものとする。

（助成金の交付の決定）

第8条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（別記第11号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（届出）

第9条 条例第9条第1号及び第2号の規定による届出は、氏名又は住所等変更届（別記第12号様式）により、同条第3号の規定による届出は、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給資格喪失届（別記第13号様式）により行うものとし、当該届書には、受給者証を添付するものとする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成元年3月29日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成6年12月28日規則第37号）

この規則は、平成7年1月1日から施行する。

附 則（平成9年12月1日規則第43号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成11年3月10日規則第8号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成13年12月21日規則第41号）

この規則は、公布の日から施行し、平成13年10月1日から適用する。

附 則（平成16年8月31日規則第34号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年3月31日規則第17号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年9月28日規則第59号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年4月1日規則第32号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年12月30日規則第64号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成22年9月1日規則第35号）

この規則は、公布の日から施行する。

別記第1号様式

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

申請者 住 所
氏 名 ㊟
対象者との続柄

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。

記

※ 受給者番号								
申 請 内 容	対象者の状況	フリガナ					住所	
		対象者						
		生年月日	年	月	日	(歳)		
	フリガナ					住所		
	世帯主							
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	
	種別		記号	番号		付加	有・無	
	被保険者(世帯主)		被保険者証	発行機関				
	後期高齢者医療	医療受給者証番号			資格取得	月	日	年
	添付書類							
※ 決定欄	係	係長	補佐	課長	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、※欄は記入しないでください。

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

申請者 住 所

氏 名 ㊦

対象者との続柄

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	親・子の別	親	子		
		フリガナ	-----			
		対 象 者				
		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
	同 居 ・ 別 居	申請者との続柄				
		同 居 別 居 別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
		別 居 地				
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	親 の 状 況	氏 名	父	母	
			状 況	生存 死亡	年 月 日	生存 死亡
		ひとり親家庭等 となつた理由	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 年 月 日 年 月 日
医 療 保 険		種 別	政・組・日・船・共・国	記号 番号	付加 給付	有・無
		被 保 険 者 (世帯主)			被保険者証 発行機関	
添 付 書 類						
※ 決 定 欄	課長	補佐	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※欄は記入しないでください。

重度心身障害者（知的障害者）認定診断書

氏名	(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (歳)	
	男・女		医師がはじめて知的障害者と診断した日	年 月 日	
住所					
知的障害者の現症	教育歴		1 未就学 4 普通学級	2 養護学校	3 特殊学級
	身体障害	障害の種類	視覚・聴覚・平衡機能・音声又は言語機能 肢体不自由・心臓・じん臓機能・呼吸機能 ぼうこう・直腸機能		
		障害の程度	身障手帳 有・無 等級 (級)		
		日常生活の介助の必要度	1 身辺処理 (1) 食事 (①全介助 ②半介助) (2) 排泄 (①全介助 ②半介助) (3) 入浴 (①全介助 ②半介助) (4) 衣類の着脱 (①全介助 ②半介助) 2 言語と社会的行動 (1) 火、刃物を扱えない。 (2) 簡単な家事手伝いができない。 (3) 留守番ができない。 (4) こみいつた会話ができない。 (5) 買物ができない。		
		知能障害	知能指数 (IQ)、テスト方式 ()、測定不能		
		総合診断	重 度 中 度 軽 度		
上記のとおり診断します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師名 ④					

お 願 い

- 1 重度心身障害者医療給付事業の助成の対象となるものは「重度の知的障害者（児）」と、身体障害者手帳1級、2級又は3級（心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害に限る。）の交付を受けたものに限ります。

この診断書は、知的障害者（児）の診断にのみ使用してください。

- 2 診断書の内、重度とは、知能指数がおおむね35以下、なお、知的障害者と肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者（障害等級1～3級）についてはおおむね50以下であつて、次のいずれかに該当するものです。

ア 日常生活における基本的動作（食事、排泄、入浴、着脱衣等）が困難であつて、個別的指導及び介助を必要とするもの

イ 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とするもの

- 3 知的障害者の障害程度の各状態像を、おおむね次のようにとらえております。

	身 辺 処 理	意 見 交 換	文 字 ・ 数 な だ の 理 解	社 会 的 行 動	作 業
重 度	身のまわりの始末をするのに他人の助けがいる。あるいは大雑把にはできるが不十分	単純な意思表示あるいはごく簡単な日常会話しかできない。	全くわからないか、自分の姓名が読み書きできる程度。数なら10前後数えられる程度	集団参加がむずかしいか、あるいは、指示されればなんとかできる。	上限は、授産的な場での単純作業ができる。
中 度	身のまわりの始末は自分でできるが時・所・場合に応じた配慮はうまくできない。	限られた範囲での日常会話はできる。	平仮名の読み書き、簡単な加減算程度ができる。	簡単な社会生活のきまりが理解できる。	上限は、訓練によつては就労できる。
軽 度	時・所・場合に応じた配慮もある程度できる。	日常会話はできるが、こみ入った話はむずかしい。	簡単な読み書きや金銭計算ができる。	簡単な社会生活のきまりに従つて行動できるが、事態の変化にはうまく適応できない。	上限は、単純作業を中心とした職業につき、経済的な自立ができる。

重度心身障害者入通院の申立書

年 月 日

(届出先) 標茶町長

申請者 住 所
氏 名 ④
対象者との続柄

身体障害者手帳交付の原因となる入通院の日について、次のとおり申し立てます。この申立内容は、事実と相違ありません。

申 立 内 容	対象者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	身 手 体 帳 障 害 内 容 者 容	手帳交付日 年 月 日	年 月 日	障害の程度	級
		障害の種類 (該当するものすべてに○を付すこと。)	視覚 聴覚 平衡機能 音声、言語又はそしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 じん臓機能 呼吸器機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能		
身障手帳の障害による医療の開始日	入院	年 月 日から	医療機関名	TEL ()	
	通院	年 月 日から			
備 考					

第 号
年 月 日

様

標茶町長 印

重度心身障害者医療費受給者証（交付）
ひとり親家庭等医療費受給者証（再交付） 通知書

年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証
（交付）ひとり親家庭等医療費受給者証（再交付）申請については、別紙重度心身
障害者医療費受給者証、ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通
知します。

第 号
年 月 日

様

標茶町長 印

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請ありました重度心身障害者医療費受給者証交付申請、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、次の理由により申請を却下しましたので通知します。

(理由)

別記第7号様式

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 障初 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px; display: inline-block;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div>			
記 号	2212	番 号	
受給者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日		
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			
交付年月日	平成 年 月 日		

(備考) 日本工業規格 B 列 7 番 (91mm/128mm)

(裏 面)

注 意 事 項	
1	この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。
①	医科受診の場合 580円
②	歯科受診の場合 510円
③	柔道整復師受療の場合 270円
④	その他町長が定める額
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に提出してください。
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。
4	氏名、居住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。
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。
6	この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
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から、速やかに町長に返してください。
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す。

別記第7号様式の2

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 障課 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div>			
		記号	2212	番号	
受給者	住所				
	氏名				男・女
	生年月日				
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					
交付年月日	平成	年	月	日	

(備考) 日本工業規格 B 列7番 (91mm/128mm)

(裏 面)

<p>注 意 事 項</p> <p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額</p> <p>② その他町長が定める額</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、居住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 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、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から、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す。</p>

別記第7号様式の3

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div>			
記号	2212	番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日		
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			
交付年月日	平成	年	月 日

(備考) 日本工業規格 B 列7 番 (91mm/128mm)

(裏 面)

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診であつて老人保健法の規定による一部負担金の支払いを必要とする場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。	
① 医科受診の場合	580円
② 歯科受診の場合	510円
③ 柔道整復師受療の場合	270円
④ その他町長が定める額	
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)、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。	
3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を町長に返してください。	
4 氏名、居住地に変更があつたときは、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。	
5 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。	
6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。	
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から、速やかに町長に返してください。	
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す。	

別記第7号様式の4

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 老課 </div> 重度心身障害者医療費受給者証				
		記号	2212	番号
受給者	住所			
	氏名			男・女
	生年月日			
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				
交付年月日	平成	年	月	日

(備考) 日本工業規格 B 列7番 (91mm/128mm)

(裏 面)

注 意 事 項
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額</p> <p>② その他町長が定める額</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）、健康手帳に添えてこの証を必ず窓口提出してください。</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、居住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 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、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から、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す。</p>

別記第8号様式

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 親初 </div>		ひとり親家庭等医療費受給者証			
		記号	2212	番号	
受給者	住所				
	氏名				男・女
	生年月日				
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					
交付年月日	平成	年	月	日	

(備考) 日本工業規格 B 列 7 番 (91mm/128mm)

(裏 面)

注 意 事 項									
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は初診の場合に限り次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">① 医科受診の場合</td> <td style="text-align: right;">580円</td> </tr> <tr> <td>② 歯科受診の場合</td> <td style="text-align: right;">510円</td> </tr> <tr> <td>③ 柔道整復師受療の場合</td> <td style="text-align: right;">270円</td> </tr> <tr> <td>④ その他町長が定める額</td> <td></td> </tr> </table> <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、居住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 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、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から、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す。</p>		① 医科受診の場合	580円	② 歯科受診の場合	510円	③ 柔道整復師受療の場合	270円	④ その他町長が定める額	
① 医科受診の場合	580円								
② 歯科受診の場合	510円								
③ 柔道整復師受療の場合	270円								
④ その他町長が定める額									

別記第8号様式の2

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 親 課 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px; width: 150px;"> ひとり親家庭等医療費受給者証 </div>			
記 号	2212	番 号	
受給者	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日		
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			
交付年月日	平成 年 月 日		

(備考) 日本工業規格 B 列7番 (91mm/128mm)

(裏 面)

<p>注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の一部負担金を支払ってください。 <ol style="list-style-type: none"> ① 医科、歯科、調剤、柔道整復師の場合 1割に相当する額 ② その他町長が定める額 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。 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。 4 氏名、居住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。 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。 6 この証を破つたり、汚したり又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。 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から、速やかに町長に返してください。 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す。
--

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

(申請先) 標茶町長

申請者 住 所

氏 名 ㊟

下記の理由により重度心身障害者医療費受給者証・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

受給者	住 所			
	氏 名		受給者証 記号番号	第 号
理 由	1 破 損 し た 2 汚 損 し た 3 紛 失 し た 4			

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

(申請先) 標茶町長

申請者 住 所
氏 名 ㊟

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
します。

記

受 給 者	受給者証 記号番号	第 号	医療保険 記号番号	
	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
医 療 を 受 け 等	名 称			
	住 所			
診 療 の 内 容	入院 入院 外の別		療養の 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
	発病の原因		療養日数	月 (日)
	療養に要し た 費 用			円
理 由				

第 号
年 月 日

様

標茶町長 印

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書

次のとおり重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費の支給額を決定しましたので通知
します。

記

- 1 決定支給額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

別記第12号様式

重度心身障害者
医療費受給者住所等変更届
ひとり親家庭等

年 月 日

(届出先) 標茶町長

届出人住所

氏名

㊟

受給者との続柄

下記のとおり住所等を変更し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			
		旧							年 月 日			
	氏 名	新							変更			
		旧							年 月 日			
	保 険 者	新	保 険 者 名			記 号 番 号			付 加 給 付	有・無	変 更	
旧							有・無					
新		被 保 険 者 の 氏 名							年 月 日			
旧												
後 期 高 齢 者	医 療 受 給 者 証 番 号						資 格 取 得 年 月 日		年 月 日			
※ 処 理 欄		係		係 長		補 佐		課 長	処 理 年 月 日		年 月 日	
	上記届出により次のとおり処理する。											
	新受給者 番 号											
	変 更 年 月 日		年 月 日		台帳 整理	未・済	ｼｽﾃﾑ入 力	未・済	受給者証 訂正・回収	未・済		

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。

別記第13号様式

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

(届出先) 標茶町長

届出人 住 所
氏 名

㊦

下記の理由により、医療費受給資格を喪失し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									
※ 決 定 欄	資格喪失 の 理 由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死 亡 5 18歳に達した日の属する年度末到達(20歳到達) 6 その他()									
		発生年月日	年 月 日								
※ 決 定 欄	係	係長	補佐	課長	決定 年月日	年 月 日					
	上記届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	年 月 日		台帳整理 システム入力	未・済 未・済	受給者証 回 収	未・済・未交付				

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。