

設楽町障害者医療費支給条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和7年12月26日

設楽町長 土屋 浩

令和7年設楽町規則第20号

設楽町障害者医療費支給条例施行規則の一部を改正する規則

設楽町障害者医療費支給条例施行規則（平成17年設楽町規則第78号）の一部を次のように改正する。

第4条を次のように改める。

（受給者証の交付申請）

第4条 条例第6条第1項の規定による申請は、条例第2条第1号から第4号までのいずれかに該当するものにあつては障害者医療費受給者証交付申請書(様式第1)を、条例第2条第5号又は第6号に該当するものにあつては精神障害者医療費受給者証交付申請書(様式第2)を町長に提出しなければならない。

2 前項の規定による申請には、国民健康保険法(昭和33年法律第192号。以下「保険法」という。)の規定による被保険者又は前条各号に掲げる法令(以下「社会保険各法」という。)の規定による被保険者若しくは被扶養者、組合員若しくは加入者であることを確認できる書類その他条例で定める受給資格者(以下「受給資格者」という。)であることを明らかにする書類を添えなければならない。

3 町長は、第1項の規定による申請があつた場合において、その者が受給資格者であることを確認したときは、障害者医療費受給者証交付申請書を提出した者にあつては障害者医療費受給者証(様式第3)を、精神障害者医療費受給者証交付申請書を提出した者にあつては精神障害者医療費受給者証(条例第2条第5号に該当するものにあつては様式第4、同条第6号に該当するものにあつては様式第5。)を交付するものとする。

第15条を第16条とする。

第14条の見出し中「障害者医療」を「医療費」に改め、同条を第15条とし、第13条を第14条とする。

第12条中「様式第8」を「様式第16」に改め、同条を第13条とし、第11条を第12条とする。

第10条中「条例第3条の規定」を「受給資格者」に改め、「、又は条例第4条の規定に該当するに至ったとき」を削り、「障害者医療費受給資格喪失届(様式第7)により」を「障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては障害者医療費受給資格喪失届(様式第14)により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては精神障害者医療費受給資格喪失届(様式第15)により」に改め、同条を第11条とする。

第9条第1項中「条例第8条」を「条例第9条」に改め、同項第2号中「町の区域内における」を削り、同項第3号中「身体障害者手帳の記載事項、第2条第2号の判定の内容又は第2条第3号の診断の内容」を「第2条第1号の判定の内容又は同条第2号の診断の内容」に改め、同項中第7号を第8号とし、第6号を第7号とし、第5号を第6号とし、同項第4号中「条例第5条」を「条例第7号」に改め、同号を同項第5号とし、同項第3号の次に次の1号を加える。

(4) 第6条第2項各号に掲げる書類の記載事項

第9条第2項中「障害者医療費受給資格等変更届(様式第6)」を「障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては障害者医療費受給資格等変更届(様式第12)により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては精神障害者医療費受給資格等変更届(様式第13)」に改め、同条を第10条とする。

第8条第1項中「条例第7条」を「条例第8条」に、「障害者医療費請求書」を「当該医療費に係る請求書」に改め、同条第2項中「前項に規定する請求があったときは、前条に規定する申請があったものとみなす」を「前項の請求書に係る審査及び支払に関する事務を委託することができる」に改め、同条を第9条とする。

第7条第1項中「条例第5条第1項に規定する医療費の支給を受けようとする者は、障害者医療費支給申請書(様式第5)を町長に提出しなければならない」を「障害者医療費受給者証の交付を受けた者であって、条例第8条第1項ただし書の規定により医療費の支給を受けようとするものは、障害者医療費支給申請書(様式第10)を町長に提出しなければならない」に改め、同条第2項中「前項」を「第1項又は前項」に、「条例第5条第1項に規定する医療に関する給付」を「保健法又は社会保険各法の規定による当該医療に関する給付」に改め、同項を同条第3項とし、同条第1項の次に次の1項を加える。

- 2 精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者であって、条例第8条第1項ただし書の規定により医療費の支給を受けようとするもの又は条例第8条第2項の規定により医療費の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費支給申請書(様式第11)を町長に提出しなければならない。

第7条を第8条とする。

第6条第1項中「障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第4)」を「障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第8)により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあつては精神障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第9)」に改め、同条を第7条とする。

第5条第1項中「受給者証の交付を受けている者が、有効期限の後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ、障害者医療費受給者証更新申請書(様式第3)に有効期限の後も引き続き受給資格者であることを証明することができる書類を添えて町長に提出しなければならない」を「受給者証の交付を受けた者が受給者証の更新を受けようとするときは、条例第2条第1号から第4号までのいずれかに該当するものにあつては障害者医療費受給者証更新申請書(様式第6)を、条例第2条第5号又は第6号に該当するものにあつては精神障害者医療費受給者証更新申請書(様式第7)を町長に提出してしなければならない」に改め、同条第2項中「前項に規定する申請には、前条第2項及び第3項の規定を準用する」を「第4条第2項及び第3項並びに前条の規定は、受給者証の更新について準用する」に改め、同項後段を削り、同条を第6条とする。

第4条の次に次の1条を加える。

(受給者証の有効期間)

第5条 障害者医療費受給者証又は精神障害者医療費受給者証(以下「受給者証」という。)の有効期間は、前条第3項の規定による確認があつた日の属する月の初日(受給者証の交付を受ける者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となつた日。以下「開始日」という。)から開始日以後3回目に到来する7月31日(その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者でなくなる日)までとする。

2 前項の規定にかかわらず、受給者証の交付を受ける者が次に掲げる書類を所持するものである場合(当該書類の有効期間の末日が前項に規定する有効期間の末日前である場合に限る。)の受給者証の有効期間の末日は、当該書類の有効期間の末日と同一とする。

(1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により交付を受ける身体障害者手帳

(2) 療育手帳(知的障害者の福祉の充実を図るため、児童相談所等において知的障害と判定された者に対して都道府県知事又は地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都

市の長から支給される手帳で、その者の障害の程度その他の事項の記載があるものをいう。)

- (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条第2項の規定により交付を受ける精神障害者保健福祉手帳
- (4) 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54条第3項の規定により交付を受ける自立支援医療受給者証

様式第1を次のように改める。

様式第1(第4条関係)

障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

設楽町長 様

住 所 愛知県北設楽郡設楽町  
申請者  
氏 名  
電 話

下記のとおり障害者医療費受給者証を交付してください。

受給資格者	住 所			世帯主との 続 柄	
	ふりがな 氏 名		生 年 日 月 日	年 月 日	
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者	住 所			
		氏 名			
	記 号 番 号				
	保険者の名 称		付 加 給 付	有・無	
	保険者の所 在 地				
障 害 区 分	1 身体障害者1. 2. 3級      4 知能指数50以下 2 腎臓機能障害4級      5 自閉症状群 3 進行性筋萎縮症4, 5, 6級				
帳 冊	記号番号	身障：	療育：		

	交付年月日	身障：                      療育：	再判定日	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	受給者番号	
交付事由	1. 手帳交付    2. 転入    3. 再判定 4. その他（            ） (交付事由発生年月日    年   月   日)			
備考				

様式第2を次のように改める。

様式第2(第4条関係)

精神障害者医療費受給者証交付申請書				
年 月 日				
設楽町長 様				
住所 愛知県北設楽郡設楽町				
申請者				
氏 名				
電 話				
下記のとおり精神障害者医療費受給者証の交付を申請します。				
受給者番号				
受給者	住所			
	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日
		世帯主との続柄		
世帯主	フリガナ	生年月日		
	氏 名	年 月 日		
加入医療保険	被保険者名 (世帯主)			
	保険種別			記号・番号
	保険者	名称		
		所在地		

	資格取得年月日	年 月 日	附加給付の有無	有 無
障害区分	1 精神障害者保健福祉手帳1級 2 精神障害者保健福祉手帳2級 3 障害者自立支援医療該当	交付事由	1.手帳交付 2.転入 3.再判定 4.その他( ) (交付事由発生年月日 年 月 日)	
手帳等	記号番号			
	交付年月日	年 月 日	再判定	年 月 日
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
備考				

様式第3を次のように改める。

様式第3(第4条関係)

(表)

愛知県内のみ有効		
㊦ 障害者医療費受給者証		
受給者番号		
受給者	住所	愛知県北設楽郡設楽町
	氏名	
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名及び印	愛知県北設楽郡設楽町長 <span style="float: right;">㊦</span>	
交付年月日	年 月 日	

この証は、保険医療機関等の窓口へ提出してください。

(裏)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証は、本人以外には使用できません。</li> <li>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>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。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>6 この証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、再交付を受けてください。</li> <li>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。</li> <li>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。</li> </ol> <p>(問い合わせ先) 愛知県北設楽郡設楽町田口字辻前14番地 設楽町役場 町民課 TEL(直)電話 0538-62-0519</p>

様式第4を次のように改める。

様式第4(第4条関係)

(表)

愛知県内のみ有効			
(精) 精神障害者医療費受給者証 (全疾病使用可) 自立支援医療(精神通院)の指定医療機関においては、21公費優先			
受給者番号			
受給者	住所	愛知県北設楽郡設楽町	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 及び印	愛知県北設楽郡 設楽町長		印
交付年月日		年 月 日	

この証は、保険医療機関等の窓口へ提出してください。

(裏)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> <li>この証は、本人以外は使用できません。</li> <li>保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>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。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>この証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、再交付を受けてください。</li> <li>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。</li> <li>不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。</li> </ol>
(問い合わせ先) 愛知県北設楽郡設楽町田口字辻前14番地 設楽町役場 町民課 TEL(直)電話 0538-82-0519

様式第5を次のように改める。

様式第5(第4条関係)

(表)

愛知県内のみ有効			
(精) 精神障害者医療費受給者証 (精神通院医療のみ使用可)			
受給者番号			
受給者	住所	愛知県北設楽郡設楽町	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 及び印	愛知県北設楽郡 設楽町長		印
交付年月日		年 月 日	

この証は、保険医療機関等の窓口へ提出してください。

(裏)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> <li>この証は、本人以外は使用できません。</li> <li>保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>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。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>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、町長にその旨届け出てください。</li> <li>この証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、再交付を受けてください。</li> <li>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。</li> <li>不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。</li> </ol>
(問い合わせ先) 愛知県北設楽郡設楽町田口字辻前14番地 設楽町役場 町民課 TEL(直)電話 0538-82-0519

様式第6を次のように改める。

様式第6(第6条関係)

障害者医療費受給者証更新申請書

年 月 日

設楽町長 様

住 所 愛知県北設楽郡設楽町  
申請者  
氏 名  
電 話

下記のとおり障害者医療費受給者証を交付してください。

受給資格者	住 所				世帯主との 続 柄		
	ふりがな 氏 名			生 年 月 日	年 月 日		
加入 医 療 保 険	被 保 険 者	住 所					
		氏 名					
	記 号 番 号						
	保 険 者 の 名 称				付 加 給 付	有・無	
	保 険 者 の 所 在 地						
障 害 区 分	1 身体障害者1. 2. 3級                      4 知能指数50以下 2 腎臓機能障害4級                      5 自閉症状群 3 進行性筋萎縮症4, 5, 6級						
手 帳 等	記号番号	身障：                      療育：					
	交付年月日	身障：                      療育：			再判定日		
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			受 給 者 番 号		
交 付 事 由	1. 手帳交付    2. 転入    3. 再判定 4. その他 (                      ) (交付事由発生年月日                      年 月 日)						
備 考							

様式第7を次のように改める。

様式第7(第6条関係)

精神障害者医療費受給者証更新申請書					
					年 月 日
設楽町長 様					
住所 愛知県北設楽郡設楽町					
申請者					
氏名					
電話					
下記のとおり精神障害者医療費受給者証の交付を申請します。					
受給者番号					
受給者	住所				
	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日	
				世帯主との続柄	
世帯主	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日	
加入医療保険	被保険者名 (世帯主)				
	保険種別			記号・番号	
	保険者	名称			
		所在地			
資格取得年月日	年 月 日		附加給付の有無	有 無	
障害区分	1 精神障害者保健福祉手帳1級 2 精神障害者保健福祉手帳2級 3 障害者自立支援医療該当	交付事由	1.手帳交付 2. 転入 3.再判定 4.その他 ( ) (交付事由発生年月日 年 月 日)		
手帳等	記号番号				
	交付年月日	年 月 日		再判定	年 月 日
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
備考					

様式第8を次のように改める。

様式第8(第7条関係)

<p>障害者医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>設楽町長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 愛知県北設楽郡設楽町</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p>下記のとおり、受給者証の再交付を申請します。</p>		
受給者番号		
受給者	住所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	
申請理由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 住所・氏名の変更 事情をお書きください。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">[ ]</div>	
※再交付年 月日	年 月 日	

様式第8の次に次の8様式を加える。

様式第9(第7条関係)

<p>精神障害者医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>設楽町長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 愛知県北設楽郡設楽町</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 電 話</p> <p>下記のとおり、受給者証の再交付を申請します。</p>		
受給者番号		
受給者	住所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	
申請理由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 住所・氏名の変更 事情をお書きください。  [ ]	
※再交付年 月日	年 月 日	

様式第10(第8条関係)

障害者医療費支給申請書					
					年 月 日
設楽町長 様			住所		
			申請者 氏名		
下記のとおり医療費を支給してください。					
受給資格者	受給者証 記号番号		医療 保 険	記号番号	
	住所			被保険者 氏名	
	氏名			保 険 者	
	生年月日	年 月 日		付加給付 の状況	有 ・ 無
傷 病 名		通 院 区 分	入 院 入 院 外		
医 療 機 関	所在地 名 称				
医 療 費 総 額	円				
申 請 額	円				
支 払 方 法	金融機関名 ( ) 預金種類 ( 普通・当座 ) フリガナ 口座番号 ( ) 口座名義 ( )				
申 請 理 由					

様式第11(第8条関係)

精神障害者医療費支給申請書

年 月 日

設楽町長 様

住 所  
申請者  
氏 名

印

下記のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者証 記号番号		加入保 医療保 険	保険証の 記号番号	
	住 所			被保険者 氏 名	
	氏 名			保 険 者	
	生年月日	年 月 日		附加給付 の 状 況	有 ・ 無
傷 病 名		通 院 区 分	入 院 入 院 外		
医 療 機 関	所在地 名 称				
医 療 費 総 額	円				
申 請 額	円				
支 払 方 法	金融機関名 ( ) 預金種類 ( 普通・当座 ) フリガナ 口座番号 ( ) 口座名義 ( )				
申 請 理 由					

様式第12(第10条関係)

受給者番号	
-------	--

障害者医療費受給資格等変更届  年 月 日  設楽町長 様   住所 申請者 氏名 電話  下記のとおり、障害者医療費の受給資格に変更がありました。	
--	--

区 分		変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( )  2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢資格取得 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( )
	フリカ、ナ氏名			
加入医療保険	被 保 険 者 等	氏 名		
		続 柄		
	住 所			
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
	所 在 地			
	給 付 の 内 容 ( 付 加 給 付 )			
	そ の 他 ( )			
備 考				

※該当する□の中にレ点を記入してください。

様式第13(第10条関係)

受給者番号	
-------	--

精神障害者医療費受給資格等変更届	
設楽町長 様	年 月 日
住所 申請者 氏名 電話	
下記のとおり、精神障害者医療費の受給資格に変更がありました。	

区分		変更後	変更前	事由
受給者	住所			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( )  2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢資格取得 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( )
	フリカ、ナ氏名			
加入医療保険	被保険者等	氏名		
		続柄		
		住所		
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			
給付の内容 (付加給付)				
その他 ( )				
備考				

※該当する□の中にレ点を記入してください。

様式第14(第11条関係)

受給者番号	
-------	--

障害者医療費受給資格等喪失届  設楽町長                      様   <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     年    月    日                 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     住 所                      申請者                      氏 名                      電 話                 </div> <p>下記のとおり、障害者医療費の受給資格に喪失しました。</p>	
--	--

区 分		変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 (        ) 上記の事由発生年月日 (        )  2. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢資格取得 <input type="checkbox"/> その他 (        ) 上記の事由発生年月日 (        )
	フリカ、ナ氏名			
加入医療保険	被保険者等	氏 名		
		続 柄		
		住 所		
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
	所 在 地			
	給 付 の 内 容 ( 付 加 給 付 )			
そ の 他 (        )				
備 考				

※該当する□の中にレ点を記入してください。

様式第15(第11条関係)

障害者医療費受給資格等喪失届  年 月 日  設楽町長 様  住所 申請者 氏名 電話				
下記のとおり、精神障害者医療費の受給資格に喪失しました。				
受給者番号				
区分		新	旧	
受給者	住所			
	フリカ、ナ 氏名			
加入医療保険	被 保 険 者 等	氏名		
		続柄		
		住所		
	記号番号			
	保険者名			
	所在地			
	給付の内容 (付加給付)			
その他 ( )				
備考				

※該当する□の中にレ点を記入してください。

様式第16(第13条関係)

第三者の行為による被害届		
年 月 日		
設楽町長 様		
住 所 氏 名		
受 給 者 番 号		
受 給 者	住 所	設楽町
	氏 名	
	生年月日	
事故発生年月日		
事故発生場所		
第三者の住所		
第三者の氏名		
被害の状況		

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和8年4月1日から施行する。

(設楽町精神障害者医療費の支給に関する条例施行規則の廃止)

2 設楽町精神障害者医療費の支給に関する条例施行規則(平成20年設楽町規則第16号)は、廃止する。

(経過措置)

- 3 この規則の施行の日(以下「施行日」という。)前にこの規則による改正前の設楽町障害者医療費の支給に関する条例施行規則(以下「改正前の規則」という。)の規定によってなされた処分、手続その他の行為は、この規則による改正後の設楽町障害者医療費の支給に関する条例施行規則(以下「改正後の規則」という。)の相当規定によりなされたものとみなす。
- 4 施行日前に附則第2項の規定による廃止前の設楽町精神障害者医療費の支給に関する条例施行規則(以下「廃止前の規則」という。)の規定によってなされた処分、手続その他の行為は、改正後の規則の相当規定によりなされたものとみなす。
- 5 前2項に定めるもののほか、改正前の規則第4条第2項の規定により交付された障害者医療費受給者証及び廃止前の規則第3条第2項の規定により交付された精神障害者医療費受給者証については、これらの有効期間に限り、改正後の規則第4条第3項に規定する障害者医療費受給者証及び精神障害者医療費受給者証とみなし、その効力を有するものとする。
- 6 この規則の施行後においても、当分の間、従前の様式による申請書等を使用することができる。

設楽町障害者医療費支給条例施行規則（平成17年設楽町規則第78号）新旧対照表

改正後	改正前
<p><u>（受給者証の交付申請）</u></p> <p>第4条 条例第6条第1項の規定による申請は、<u>条例第2条第1号から第4号までのいずれかに該当するもの</u>にあつては障害者医療費受給者証交付申請書（様式第1）を、<u>条例第2条第5号又は第6号に該当するもの</u>にあつては精神障害者医療費受給者証交付申請書（様式第2）を町長に提出しなければならない。</p> <p>2 前項の規定による申請には、<u>国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「保険法」という。）の規定による被保険者又は前条各号に掲げる法令（以下「社会保険各法」という。）の規定による被保険者若しくは被扶養者、組合員若しくは加入者であることを確認できる書類その他条例で定める受給資格者（以下「受給資格者」という。）であることを明らかにする書類を添えなければならない。</u></p> <p>3 町長は、第1項の規定による申請があつた場合において、<u>その者が受給資格者であることを確認したときは、障害者医療費受給者証交付申請書を提出した者にあつては障害者医療費受給者証（様式第3）を、精神障害者医療費受給者証交付申請書を提出した者にあつては精神障害者医療費受給者証（条例第2条第5号に該当するものにあつては様式第4、同条第6号に該当するものにあつては様式第5。）を交付するものとする。</u></p>	<p><u>（受給者証の交付申請）</u></p> <p>第4条 条例第6条第1項に規定する受給者証（様式第1）の交付を受けようとする者は、<u>障害者医療費受給者証交付申請書（様式第2）に受給資格者であることを証する書類を添えて町長に提出するものとする。</u></p> <p>2 町長は、前項に規定する申請があつた場合において、<u>その者が受給資格者であることを確認したときは、受給者証を交付するものとする。</u></p> <p>3 受給者証の有効期間は、前項に規定する確認があつた日の属する月の初日（その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となつた日。以下「開始日」という。）からその者が受給資格者でなくなる日（以下「有効期限」という。）までとする。</p> <p>4 前項において、有効期限が定められていない場合は、<u>開始日以後3回目に到達する7月31日を有効期限とする。</u></p>
<p><u>（受給者証の有効期間）</u></p> <p>第5条 障害者医療費受給者証又は精神障害者医療費受給者証（以下「受給者証」という。）の有効期間は、<u>前条第3項の規定による確認があつた日の属する月の初日（受給者証の交付を受ける者が</u></p>	

その日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日。以下「開始日」という。）から開始日以後3回目に到来する7月31日（その者がその日までに受給資格者でなくなる場合は、受給資格者でなくなる日）までとする。

2 前項の規定にかかわらず、受給者証の交付を受ける者が次に掲げる書類を所持するものである場合（当該書類の有効期間の末日が前項に規定する有効期間の末日前である場合に限る。）の受給者証の有効期間の末日は、当該書類の有効期間の末日と同一とする。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交付を受ける身体障害者手帳

(2) 療育手帳（知的障害者の福祉の充実を図るため、児童相談所等において知的障害と判定された者に対して都道府県知事又は地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の長から支給される手帳で、その者の障害の程度その他の事項の記載があるものをいう。）

(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条第2項の規定により交付を受ける精神障害者保健福祉手帳

(4) 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54条第3項の規定により交付を受ける自立支援医療受給者証

（受給者証の更新申請等）

第6条 受給者証の交付を受けた者が受給者証の更新を受けようとするときは、条例第2条第1号から第4号までのいずれかに該当するものにあつては障害者医療費受給者証更新申請書（様式第6）を、条例第2条第5号又は第6号に該当するものにあつては精神障害者医療費受給者証更新申請書（様式第7）を町長に提出してしなければならない。

2 第4条第2項及び第3項並びに前条の規定は、

（受給者証の更新申請等）

第5条 受給者証の交付を受けている者が、有効期限の後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ、障害者医療費受給者証更新申請書（様式第3）に有効期限の後も引き続き受給資格者であることを証明することができる書類を添えて町長に提出しなければならない

—。

2 前項に規定する申請には、前条第2項及び第3

受給者証の更新について準用する。\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 (略)

(受給者証の再交付)

第7条 受給者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第8)により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては精神障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第9)を町長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2・3 (略)

(医療費支給申請)

第8条 障害者医療費受給者証の交付を受けた者であって、条例第8条第1項ただし書の規定により医療費の支給を受けようとするものは、障害者医療費支給申請書(様式第10)を町長に提出しなければならない。

2 精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者であって、条例第8条第1項ただし書の規定により医療費の支給を受けようとするもの又は条例第8条第2項の規定により医療費の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費支給申請書(様式第11)を町長に提出しなければならない。

3 第1項又は前項の申請には、当該医療費について保健法又は社会保険各法の規定による当該医療に関する給付が行われたことを証する書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他町長が必要と認めた書類を添えなければならない。

(医療費の請求)

第9条 条例第8条第1項の規定により町長から支

項の規定を準用する\_\_\_\_\_。この場合において、前条第3項中「前項に規定する確認があった日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日。）」とあるのは、「前回の有効期限の翌日(」と、「開始日」とあるのは「更新日」と読み替える。

3 (略)

(受給者証の再交付)

第6条 受給者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第4)

\_\_\_\_\_を町長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2・3 (略)

(医療費支給申請)

第7条 条例第5条第1項に規定する医療費の支給を受けようとする者は、障害者医療費支給申請書(様式第5)を町長に提出しなければならない

\_\_\_\_\_。

2 前項\_\_\_\_\_の申請には、当該医療費について条例第5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する書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他町長が必要と認めた書類を添えなければならない。

(医療費の請求)

第8条 条例第7条第1項の規定により町長から支

払を受ける医療機関等は、当該医療費に係る請求書を町長に提出するものとする。

- 2 前項の請求書に係る審査及び支払に関する事務を委託することができる。

(届出事項)

第10条 条例第9条第1項の規定による規則で定める事項は、次のとおりとする。

- (1) (略)
- (2) \_\_\_\_\_住所
- (3) 第2条第1号の判定の内容又は同条第2号の診断の内容
- (4) 第6条第2項各号に掲げる書類の記載事項
- (5) 条例第7号第1項において医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団（以下「保険者等」という。）又は当該保険者等の名称、事業所の所在地若しくは給付の内容

- (6) (略)
- (7) (略)
- (8) (略)

- 2 受給者は、前項各号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更のあった日から起算して14日以内に障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては障害者医療費受給資格等変更届（様式第12）により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては精神障害者医療費受給資格等変更届（様式第13）に当該変更のあったことを証する書類を添えて町長に届け出なければならない。

(資格喪失の届出)

第11条 受給者証の交付を受けた者が受給資格者 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_に該当しなくなったとき \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_は、速やかに、障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては障害者医療費受給資格喪失届（様式第14）により、精神障害者医療費受給者証の交付を受けた者にあっては精神障害者医療費受給資格喪失届（様式第1

払を受ける医療機関等は、障害者医療費請求書 \_\_\_\_\_を町長に提出するものとする。

- 2 前項に規定する請求があったときは、前条に規定する申請があったものとみなす。

(届出事項)

第9条 条例第8条第1項の規定による規則で定める事項は、次のとおりとする。

- (1) (略)
- (2) 町の区域内における住所
- (3) 身体障害者手帳の記載事項、第2条第2号の判定の内容又は第2条第3号の診断の内容
- (4) 条例第5条第1項において医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団（以下「保険者等」という。）又は当該保険者等の名称、事業所の所在地若しくは給付の内容

- (5) (略)
- (6) (略)
- (7) (略)

- 2 受給者は、前項各号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更のあった日から起算して14日以内に障害者医療費受給資格等変更届（様式第6）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_に当該変更のあったことを証する書類を添えて町長に届け出なければならない。

(資格喪失の届出)

第10条 受給者証の交付を受けた者が条例第3条の規定に該当しなくなったとき、又は条例第4条の規定に該当するに至ったときは、速やかに、障害者医療費受給資格喪失届（様式第7）により \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5)により、町長に届け出なければならない。

(受給者証の添付)

第12条 (略)

(第三者行為の届出)

第13条 医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、第三者の行為による被害届(様式第16)により、速やかに、町長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第14条 (略)

(医療費      に関する処分の通知)

第15条 (略)

(その他)

第16条 (略)

様式第1 (第4条関係)

(略)

様式第2 (第4条関係)

(略)

様式第3 (第4条関係)

(略)

様式第4 (第4条関係)

(略)

様式第5 (第4条関係)

(略)

様式第6 (第6条関係)

(略)

様式第7 (第6条関係)

(略)

様式第8 (第7条関係)

(略)

様式第9(第7条関係)

(略)

      、町長に届け出なければならない。

(受給者証の添付)

第11条 (略)

(第三者行為の届出)

第12条 医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、第三者の行為による被害届(様式第8)により、速やかに、町長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第13条 (略)

(障害者医療に関する処分の通知)

第14条 (略)

(その他)

第15条 (略)

様式第1 (第4条関係)

(略)

様式第2 (第4条関係)

(略)

様式第3 (第5条関係)

(略)

様式第4 (第6条関係)

(略)

様式第5 (第7条関係)

(略)

様式第6 (第9条関係)

(略)

様式第7 (第10条関係)

(略)

様式第8 (第12条関係)

(略)

様式第10(第8条関係)

(略)

様式第11(第8条関係)

(略)

様式第12(第10条関係)

(略)

様式第13(第10条関係)

(略)

様式第14(第11条関係)

(略)

様式第15(第11条関係)

(略)

様式第16(第13条関係)

(略)