

○度会町福祉医療費の助成に関する条例施行規則

平成13年 8 月 1 日

規則第14号

改正 平成14年 3 月25日規則第 5 号
平成15年 3 月17日規則第 9 号
平成17年 3 月29日規則第 4 号
平成18年 3 月31日規則第15号
平成18年 4 月25日規則第19号
平成18年 7 月25日規則第27号
平成20年 3 月31日規則第13号
平成20年 8 月29日規則第18号
平成22年 8 月30日規則第14号
平成23年 8 月30日規則第 9 号
平成24年 3 月30日規則第 7 号
平成24年 7 月23日規則第17号
平成26年 3 月31日規則第 5 号
平成27年 3 月31日規則第 9 号
平成28年 3 月31日規則第10号
平成28年 3 月31日規則第11号

(趣旨)

第1条 この規則は、度会町福祉医療費助成に関する条例（平成13年度会町条例第12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。

(医療保険各法)

第2条 条例第2条第6項の規定による医療保険各法は、次に掲げる法律をいう。

- (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）

(所得の制限)

第3条 条例第3条第4号に規定する所得の制限を超えない者は、次の場合に該当しない者とする。

(1) 障がい者については、次のア又はイのいずれかに該当する場合

ア 本人の前年の所得（1月から8月までの間に受けた医療に係る福祉医療費については前前年の所得とする。以下同じ。）が、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。）の有無及び数に応じて、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）第7条に定める額以上であるとき。

イ 配偶者又は民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者で主としてその障がい者の生計を維持するものの前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第1項において準用する同令第2条第2項に定める額以上であるとき。

(2) 一人親家庭等の母又は父及び児童については、次のア又はイのいずれかに該当する場合

ア 一人親家庭等の母、父又は18歳未満児にあっては、その者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第2条の4第2項に定める額以上であるとき。

イ 一人親家庭等の母又は父の配偶者、父母のない18歳未満児を現に扶養している者及び民法第877条第1項に定める扶養義務者で主としてその一人親家庭等の生計を維持するものにおいて、その者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、児童扶養手当法施行令第2条の4第4項に定める額以上であるとき。

(3) 子どもについては、保護者の前年の所得が、その者の扶養親族等の有無及び数に応じて、児童手当法施行令の一部を改正する政令（平成24年政令第113号）による改正前の児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第11条により読み替えて準用する同令第1条の規定により定める額以上であるとき。

2 前項各号の所得の範囲及びその算定方法は、第1号については特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令、第2号については児童扶養手当法施行令、第3号に

については児童手当法施行令の規定による。

(受給資格の認定及び更新)

第4条 条例第4条第1項の規定による受給資格の認定又は更新の申請は、福祉医療費受給資格認定(更新)申請書(様式第1号)により行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、町長は、福祉医療費受給資格証(様式第2号。以下「受給資格証」という。)の有効期間が満了する者が、助成対象要件を引き続き備える者であると確認することができるときは、申請を要せず、受給資格証を更新することができる。

3 町長は、前2項の規定による認定又は更新をしたときは、当該認定又は更新を受けた受給資格者に、受給資格証を交付するものとする。

(受給資格証の有効期間)

第5条 受給資格証の有効期間の始期及び終期は、次に定めるところによる。ただし、やむを得ない事情がある場合においては、この限りでない。

(1) 有効期間の始期は、次のア、イ、ウ、エによる。

ア 毎年9月1日。ただし、新たに対象者として認定された場合は、次のイ、ウによる。

イ 新たに対象者と認定された場合において、条例第3条による対象者としての要件に該当した日(以下「要件の該当日」という。)から1月以内に認定したときは、要件の該当日。ただし、障がい者については対象者となる事実を確認した日から1月以内に認定したときは事実が発生した日の属する月の初日

ウ 新たに対象者と認定された場合において、要件の該当日から1月を超えて認定したときは、認定した日の属する月の初日

エ イ、ウ以外の事由により、対象者としての要件に該当した場合は、当該要件の該当日

(2) 有効期間の終期は、次のア、イによる。

ア 毎年8月31日。ただし、9月1日から翌年8月31日までに対象者としての要件に該当しなくなる場合は、次のイによる。

イ 9月1日から翌年8月31日までに対象者としての要件に該当しなくなる場合は、対象者としての要件に該当しなくなる日の前日

(受給資格証の更新及び返還)

第6条 町長は、対象者の受給資格証の有効期間が満了する場合において、対象者が引き続き助成を受けることが適当であると認めるときは、受給資格証の更新をすることができる。

2 町長は、前項の場合において、更新をすることが適当でないとき、又は対象者の要件に該当しなくなると認めるときは、福祉医療費受給資格欠格事由(却下通知)書(様式第3号)を対象者に送付する。

3 対象者又は保護者等は、福祉医療費受給資格欠格事由(却下通知)書が送付されたときは、当該受給資格証を直ちに町長に返還しなければならない。

(受給資格証の再交付申請)

第7条 受給資格者又は保護者等は、受給資格証を破り、汚し、又は失ったときは、福祉医療費受給資格証再交付申請書(様式第4号)を、破り、又は汚した受給資格証を添えて、町長に提出し、再交付を受けることができる。

2 受給資格者又は保護者等は、受給資格証の再交付を受けた後、失った受給資格証を発見したときは直ちに、これを町長に返還しなければならない。

(助成の申請)

第8条 条例第8条第1項の規定による福祉医療費及び証明書料の助成の申請は、福祉医療費助成申請書(様式第5号。以下「申請書」という。)に、受給資格証、医療機関等の発行する医療費証明書及びその他町長が必要と認める書類を添付して行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、条例第7条の規定により受給資格証の提示を受けた保険医療機関が福祉医療費及び証明書料に係る内容を記載した福祉医療費領収証明書(様式第6号。以下「領収証明書」という。)又は福祉医療費領収証明一覧表(様式第7号。以下「一覧表」という。)を町長に対し提出したとき(当該保険医療機関が、領収証明書又は一覧表を町長から事務処理を委託された三重県国民健康保険団体連合会に提出した場合を含む)は、対象者から申請があったものとみなす。

3 前2項の規定にかかわらず、対象者のうち高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)による医療の給付を受ける者にあつては、町長がこれによることが適当と認める高確法第48条により設立された三重県

後期高齢者医療広域連合の作成する帳票により助成するものとする。

(証明書料)

第9条 条例第6条に規定する規則で定める額は、申請書又は領収証明書1枚(以下「1枚」という。)につき200円を超えない範囲の実費の額又は1枚につき200円を超える場合は200円とする。ただし、町長と郡市医師会長等との協定に基づき、医療機関が領収証明書の交付に要する費用を対象者から直接徴収しない場合にあつては、1枚につき200円(一覧表の提出による申請の場合は、同一人につき4件を限度として200円)を郡市医師会等又は医療機関に交付することにより対象者に対する助成にかえるものとする。

(助成の決定及び決定通知)

第10条 条例第9条の規定による助成額の決定の通知は、福祉医療費決定通知書(様式第8号)とする。ただし、同条による助成の申請について却下の決定をしたときは、福祉医療費助成申請却下決定通知書(様式第9号)により行うものとする。

(届出事項等)

第11条 条例第10条に規定する規則で定める事項は、氏名、住所、加入医療保険、所得、振込口座及び町長が必要と認める事項とし、これらの事項の変更に係る届出は、福祉医療費受給資格変更届(様式第10号)によって行うものとする。

2 条例第10条に規定する受給資格を失ったときの届出は、福祉医療費受給資格喪失届(様式第11号)によって行うものとする。ただし、資格喪失の事由が死亡のときは、戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定による届出義務者が行わなければならない。

3 前2項の届出には、受給資格証を添えなければならない。ただし、受給資格証を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給資格証にかえることができる。

(第三者の行為による被害)

第12条 条例第10条に規定する助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、第三者の行為による被害届(様式第12号)によってしなければならない。

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、福祉医療費の助成に関し必要な事項は、町長

が別に定める。

附 則

- 1 この規則は、平成13年9月1日から施行する。
- 2 度会町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則（昭和48年度会町規則第2号）、度会町母子医療費支給に関する条例施行規則（昭和52年度会町規則第13号）、度会町乳幼児医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年度会町規則第6号）及び度会町老人医療費助成に関する条例施行規則（昭和55年度会町規則第2号）は、平成13年8月31日をもって廃止する。
- 3 平成13年8月31日までの医療に関する給付に係る医療費については、前項に掲げる廃止された規則の規定による。

（経過措置）

- 4 平成18年4月1日から平成18年8月31日までの診療に係る医療費の助成については、度会町福祉医療費の助成に関する条例施行規則第3条第1項第3号中「児童手当法施行令」とあるのは「児童手当法施行令の一部を改正する政令（平成18年政令第155号）による改正前の児童手当法施行令」と読み替えるものとする。

附 則（平成14年3月25日規則第5号）

この規則は、平成14年4月1日から施行する。

附 則（平成15年3月17日規則第9号）

- 1 この規則は、平成15年4月1日から施行する。
- 2 平成15年3月31日までの診療に係る医療費については、なお従前の例による。

附 則（平成17年3月29日規則第4号）

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成18年3月31日規則第15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4月25日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行し、平成17年9月1日から適用する。

附 則（平成18年7月25日規則第27号）

この規則は、平成18年9月1日から施行する。

附 則（平成20年3月31日規則第13号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 平成20年3月31日以前に対象者のうち老人保健法による医療の給付を受けた者にあつては、改正後の第8条第3項の規定にかかわらず、度会町長がこれによることが適当と認める国民健康保険法による国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)による社会保険診療報酬支払基金の作成する帳票により助成するものとする。

附 則(平成20年8月29日規則第18号)

この規則は、平成20年9月1日から施行する。

附 則(平成22年8月30日規則第14号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22年9月1日から施行する。

(経過規定)

- 2 改正後の度会町福祉医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われる診療に係る福祉医療費の助成について適用し、同日前に行われた診療に係る福祉医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成23年8月30日規則第9号)

(施行期日)

- 1 この条例は、平成23年9月1日から施行する。

(経過規定)

- 2 改正後の度会町福祉医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に行われる診療に係る福祉医療費の助成について適用し、同日前に行われた診療に係る福祉医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則(平成24年3月30日規則第7号)

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成24年7月23日規則第17号)

この規則は、平成24年9月1日から施行する。

附 則(平成26年3月31日規則第5号)

(施行期日)

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年3月31日規則第9号)

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年3月31日規則第10号)

(施行期日)

- 1 この規則は、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の施行の日（平成28年4月1日）から施行する。

(経過措置)

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であつてこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の度会町情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の度会町個人情報保護条例施行規則、第3条の規定による改正前の度会町放置自動車の発生の防止及び適正な処理に関する条例施行規則、第4条の規定による改正前の職員の懲戒の取扱いに関する規則、第5条の規定による改正前の度会町公の施設における指定管理者の指定手続等に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の度会町福祉医療費の助成に関する条例施行規則、第7条の規定による改正前の度会町保育所運営規則、第8条の規定による改正前の度会町子ども・子育て支援法施行細則、第9条の規定による改正前の度会町子ども手当事務処理規則、第10条の規定による改正前の度会町障害児通所給付費等の給付に関する規則、第11条の規定による改正前の老人福祉法施行細則、第12条の規定による改正前の度会町高齢者等介護予防・生活支援事業実施規則、第13条の規定による改正前の度会町身体障害者福祉法施行規則、第14条の規定による改正前の度会町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施行細則、第15条の規定による改正前の度会町地域活動支援センター運営事業実施規則、第16条の規定による改正前の度会町知的障害者福祉法施行細則、第17条の規定による改正前の度会町まちをきれいにする条例施行規則及び第18条の規定による改正前の度会町水道水源保護条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、

所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成28年3月31日規則第11号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号(様式第10号・様式第11号併用)(第4条、第11条関係)

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書・変更届・喪失届

(種別) 1障がい者(一般・65障がい) 2一人親家庭等 3子ども 4その他()	(申請理由)番号に○印を付けてください。 ○資格取得 1出生 2転入 3年齢到達 4手帳等取得 5父母の離婚・死亡 6その他() ○届出事項変更 1氏名 2住所 3保険証 4保護者等 5振込先 6その他() ○資格喪失 1死亡 2転出 3その他()
---	---

○届出事由発生年月日 年 月 日

○認定を受ける期間(受給資格証の有効期間) 年 月 日から 年 月 日まで
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	受給者番号				
	フリガナ				
	氏名				
	性別	男 女	生年月日	年 月 日	
住所					

保護者等	氏名				
	住所				

保険証の内容	被保険者	氏名				
		住所				
	加入日	年 月 日	年 月 日			
	記号番号					
	発行機関	名称	保険者番号()	保険者番号()		
所在地						

振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店 支所	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
	預金種別	1 普通(総合)	2 当座	1 普通(総合)	2 当座
	口座番号				
	口座名義人 カナ氏名				

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。医療費助成に関する所得状況等の必要事項の調査をすることを承諾します。

年 月 日

度会町長様

助成を受ける方又は保護者等

住所

氏名

電話番号()



様式第2号(第4条関係)

(表)

度会町福祉医療費受給資格証		
受給資格証番		
受給資格者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
加入医療保険	世帯主(被保険者組合員)の氏名	
	名称	
保護者等氏名		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
交付年月日	年 月 日	
発行機関名	三重県度会郡度会町 度会町長 	

(裏)

注 意 事 項

- この証は、度会町福祉医療費の助成に関する条例により助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。
- 診療等を受けるときは、毎月1回必ず医療保険証と共に医療機関の窓口へ提示してください。
- 医療費の助成の申請については、
① 受診した医療機関が領収証明書取扱医療機関である場合は、窓口への本証の提示により、その後の手続きは医療機関を通じて行われます。
② 上記①によらないときは、医療機関により発行された領収書を度会町に提出してください。
- 保険給付の対象にならない医療費は、助成の対象となりません。
- この証を汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 有効期間を経過したときは、速やかに度会町に返してください。
- 住所、加入している医療保険等に変更があったときは、度会町に届け出てください。

問い合わせ先 度会町役場 住民生活課
電話 0596-62-2411

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

(受給資格者・保護者等の住所及び氏名)様

度会町長



福祉医療費受給資格欠格事由(却下通知)書

(種別)

- 1 障がい者(一般・65障がい)
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他()

医療費助成申請の対象者 _____

上記の者に係る医療費助成のための受給資格につきましては、審査の結果、下記の理由により該当となりませんから通知します。

なお、この決定に不服があるときは、この通知を知った日の翌日から起算して3か月以内に度会町長に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、この通知を知った日の翌日から起算して6か月以内に度会町を被告として(訴訟において度会町を代表するものは度会町長となります。)、提起することができます。

理 由	<input type="checkbox"/> 度会町の区域内に住所を有しない。 <input type="checkbox"/> 医療保険による給付の対象でない。 <input type="checkbox"/> 種別対象者に該当しない。 <input type="checkbox"/> 本人又は保護者等の所得が所得制限額を超える。 <input type="checkbox"/> その他
-----	--

様式第4号(第7条関係)

福祉医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

度会町長 様

住 所

申 請 者 氏 名



(保護者等) 電 話

下記の理由により、受給資格証の再交付を申請します。
なお、受給資格証の再交付を受けた後、以前の受給資格証を発見したときは直ちに返還
します。

記

受給資格証番号		
受給者	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

申請理由	
理由に○を付けてください。	
1 なくした	
2 やぶれた	
3 よごれた	
4 その他	
再交付申請日	

第5号様式(第6号様式併用)(第8条関係)

福祉医療費領収証明書				
市(町)長 様		(福祉医療費助成申請書) (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。 平成 年 月 日		
1 障がい者 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人) 5 その他2 (津市一妊産婦・精神障害者 御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦) ※該当する番号を○で囲んでください。		住所 〒		氏名
		市 町 コー ド		
受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日	
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平 年 月 日	
医療費証明書(第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診 療 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ 長 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ 長 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			
上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。				
医療機関コード	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		平成 年 月 日	
所在地 〒	名 称			
医療機関等	開設者氏名			印
	電 話 番 号			

※1一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。
 ※2処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
 ※3処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

医療機関コード								
県番号	区分	地区コード	連番				CD	

領収証明書送付書

年 月 日

度会町長 様

所在地 〒
 医療機関等 名称
 開設者氏名
 電 話

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド			
送 付 月	年 月		
証 明 件 数			件
内 訳	障 が い 者		件
	一 人 親 家 庭 等		件
	子 ど も		件
	そ の 他 (※ 1)		件
	そ の 他 (※ 2)		件
郵 送 料			円

※1 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)

※2 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

<p>(住 所)</p> <p>(氏 名) 様</p> <p>公費区分 医療費助成金交付決定通知書</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>度 会 町 役 場 住 民 生 活 課 度 会 郡 度 会 町 欄 橋 1215-1 電 話 0596-62-2411</p> </div>	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">度 会 町 長 印</p> <p style="text-align: center;">医療費助成金交付決定通知書</p> <p>さきに申請のありました上記医療助成金について審査の結果、次のとおり決定しましたので通知します。</p> <p>1 振込日 年 月 日</p> <p>2 振込場所</p> <p>3 助成金額</p> <p style="font-size: small;">※ なお、この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に度会町長に対して審査請求をすることができます。また、この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、度会町を被告として(訴訟において度会町を代表するものは度会町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p style="font-size: small;">※ 預金口座を解約されたときは、至急お知らせください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">診療年月</th> <th style="width: 30%;">医療機関名</th> <th style="width: 15%;">総医療費</th> <th style="width: 15%;">食事療養費</th> <th style="width: 15%;">証明書料</th> <th style="width: 10%;">助成金額(合計)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	診療年月	医療機関名	総医療費	食事療養費	証明書料	助成金額(合計)							合 計					
診療年月	医療機関名	総医療費	食事療養費	証明書料	助成金額(合計)														
合 計																			

様式第8号(その2)(第10条関係)

年 月 日

(医療機関)御中

度会町長

印

福 祉 医 療 費 決 定 通 知 書
(医療費事務手数料支払通知書)

時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。
平素より医療費助成制度につきましては、深い御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、医療費事務手数料につきまして、下記のとおりお申出の口座へ振込みましたので、
通知します。

※預金口座を解約したときは至急お知らせください。

記

取扱月	障がい者		一人親家庭等		子ども		郵送料	合 計
	件数	金額	件数	金額	件数	金額		
年 月								
年 月								
年 月								
合 計								
金融機関								
振 込 日	年 月 日							

様式第9号(第10条関係)

第 号
年 月 日

(受給資格者・保護者等の住所及び氏名)

様

度会町長

印

福祉医療費助成申請却下決定通知書

(種別)

- 1 障がい者(一般・65障がい)
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他()

医療費助成申請の対象者

上記の者に係る医療費助成申請につきましては、審査の結果、下記の理由により助成できませんから通知します。

なお、この決定に不服があるときは、この通知を知った日の翌日から起算して3か月以内に度会町長に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、この通知を知った日の翌日から起算して6か月以内に度会町を被告として(訴訟において度会町を代表するものは度会町長となります。)、提起することができます。

番号	診療年月	医療機関の名称	診療科	区分	証明点数等
1	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
2	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
3	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
4	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)
5	年 月			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	点 (円)

(注) 証明点数等欄の単位は、医科・歯科・調剤薬局は点とし、それ以外は円とする。

理 由	<input type="checkbox"/> 資格取得前の医療費の申請	該当番号	・	・	・
	<input type="checkbox"/> 資格喪失後の医療費の申請	該当番号	・	・	・
	<input type="checkbox"/> 同月内の重複申請	該当番号	・	・	・
	<input type="checkbox"/> 医療費助成済	該当番号	・	・	・
	<input type="checkbox"/> 本人負担金(助成限度額)以下	該当番号	・	・	・
	<input type="checkbox"/> その他	該当番号	・	・	・

様式第12号(第12条関係)

<input type="checkbox"/>	障	が	い	者
<input type="checkbox"/>	一	人	親	家
<input type="checkbox"/>	子	ど	も	も
<input type="checkbox"/>	そ	の	他	

第三者の行為による被害届

年 月 日

度会町長 様

届出者
(保護者等)

住所
氏名
電話



第三者の行為により被害を生じたので、次のとおり届出をします。
記

- 1 被害者
 - (1) 受給資格証番号
 - (2) 受給資格者氏名
- 2 加害者
 - (1) 住所
 - (2) 氏名及び職業
- 3 負傷又は発病の原因
 - (1) 負傷又は発病の原因
 - (2) 負傷又は発病の年月日及び場所
 - (3) 負傷又は疾病の程度
 - (4) 療養見込期間 入院 日・通院 日
 - (5) 医療費見込額
 - (6) 医療機関の所在地及び名称又は氏名
- 4 損害賠償に関する事項

様式第1号（様式第10号・様式第11号併用）（第4条、第11条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第3号（第6条関係）

様式第4号（第7条関係）

様式第5号（様式第6号併用）（第8条関係）

様式第7号（その1）（第8条関係）

様式第7号（その2）（第8条関係）

様式第8号（その1）（第10条関係）

様式第8号（その2）（第10条関係）

様式第9号（第10条関係）

様式第12号（第12条関係）