

○白老町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

昭和60年10月1日

規則第29号

白老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53年規則第28号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この規則は、白老町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第28号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定めることを目的とする。

（一部負担金）

第1条の2 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（生計維持者を含む。）が町民税非課税者の場合、初診時一部負担金については、医科診療に係るときは初診1件につき580円とし、歯科診療に係るときは初診1件につき510円とし、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円とする。
- (2) 受給者が属する世帯員全員（生計維持者を含む。）が町民税非課税者の場合、基本利用料（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「法」という。）第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した額に法第67条第1項第1号に規定する割合を乗じて得た額をいう。）については、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15条第3項第2号の規定により8,000円を上限とする。
- (3) 前2号に掲げる受給者以外の場合、法第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（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から令第14条の規定の例により算定した月間の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項の月間

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、57,600円とする。ただし、療養のあった月に属する世帯の受給者に対し、当該療養のあった月以前の12月以内に既に月間の高額療養費に相当する額が支給されている月数が3月以上ある場合については、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18,000円とする。

- 2 令第14条の2の規定の例により、計算期間（毎年8月1日から翌年7月31日までの期間をいう。以下同じ。）の末日において、計算期間における前項の算定による受給者負担額の合算が高額療養費算定基準額を超える場合は、年間の高額療養費に相当する額を受給者に支給するものとする。この場合において、同条の年間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8項の規定により144,000円とする。

（一部負担金と基本利用料の合算）

- 第1条の3 前条第1項第3号の場合であって受給者が条例第2条第7項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

（所得の額等）

- 第1条の4 条例第3条第3号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。次項において同じ。）とし、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項に定める額とする。
- 2 条例第3条第3号に規定する所得の範囲は、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2項において準用する同令第4条の規定によるものとする。
- 3 条例第3条第3号に規定する所得の額の計算方法は、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3項において準用する同令第5条の規定によるものとする。
- 4 条例第3条第4号に規定する所得の額は、前年の所得とし、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3項に定める額とする。
- 5 条例第3条第4号に規定する所得の範囲は、児童扶養手当法（昭和36年法律第

238号)第9条第2項並びに同法施行令第2条の4第3項及び第3条第1項の規定によるものとする。

- 6 条例第3条第4号に規定する所得の額の計算方法は、児童扶養手当法施行令第4条第1項及び第2項の規定によるものとする。

(受給者証の交付申請)

第2条 医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障害者医療費受給者証交付申請書(様式第1号)又はひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(様式第2号)を町長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

(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号に規定する身障手帳又は同項第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又は同項第3号に規定する精神保健手帳

(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護している事実を明らかにすることができる書類

(3) 条例第3条第1項第3号又は同項第4号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類

(4) 第1条の2第1号に規定する者(その属する世帯員全員が町民税非課税者に限る。)にあっては、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。

(受給者証の交付及び通知)

第3条 条例第6条第1項の規定により受給者であ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受給者証受給者番号払出簿(様式第4号)により、受給者番号を払い出すとともに重度心身障害者医療費受給者台帳(様式第5号の1)、ひとり親家庭等医療費受給者台帳(様式第5号の2)に所定の事項を記載し、重度心身障害者医療費受給者証(様式第6号)、ひとり親家庭等医療費受給者証(様式第7号)を交付するものとする。

- 2 前条第1項の規定による申請書を審査し、その結果が条例第3条の規定に該当し

ないことを確認したときは、当該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（様式第8号）により通知するものとする。

- 3 第1項の受給者証は毎年更新するものとし、その期間は7月1日から同月31日までの間とする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

（備付帳簿等）

第4条 町長は、次の各号に掲げる帳簿を備えなければならない。

- (1) 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給者証受給者番号払出簿
- (2) 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給者台帳
- (3) 第三者行為等の返還等整理簿（様式第9号）

（基本利用料の額等）

第4条の2 条例第4条第3項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第3項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）に規定する額とする。

（医療費の支給申請）

第5条 医療費の助成を受けようとする受給者又はその保護者は、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給申請書（様式第10号）に、次の各号に掲げる書類を添えて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又は組合員証
- (2) 受給者証
- (3) 医療機関等において発行する領収書
- (4) その他町長が必要と認める書類

- 2 前項の申請期間は、医療を受けた日の属する月の末日の翌日から起算して2年以内とする。

（支給の決定及び通知）

第6条 前条の規定による申請書を受理したときは、審査の上支給額を決定し、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（様式第11号）により、当該申請者に通知するものとする。

- 2 前項の規定による審査の結果、助成の対象でないことを確認したときは、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費助成申請却下通知書（様式第12号）により申請者に通知するものとする。

(助成金の支払期日)

第7条 前条第1項の規定により助成金を支払う旨決定した者に対しては、申請書を受理した日の属する月の翌月の末日までに支払うものとする。

(届出等の義務)

第8条 受給者の氏名、住所又は加入している医療保険の種類等を変更したときは、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格変更届（様式第13号）により、速やかに町長に届け出なければならない。

2 受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、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（様式第14号）を、速やかに町長に提出し再交付を受けなければならない。

3 重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費の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傷病届（様式第15号）により速やかに町長に届け出なければならない。

(受給資格の喪失)

第9条 受給者がその資格を失ったときは、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（様式第13号）に受給者証を添えて速やかに町長に届け出なければならない。

(届出がない場合の受給事由の消滅の処理)

第10条 条例第9条の規定による届出がない場合においても現有公簿等により受給者が条例第3条の規定に該当しなくなったこと又は死亡したことを確認したときは、職権で受給事由の消滅の処理を行うことができる。

2 前項の場合において、受給者が条例第3条の規定に該当しなくなったときは、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給事由消滅通知書（様式第16号）により、受給事由を消滅させられた者に通知しなければならない。

(雑則)

第11条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成元年5月23日規則第12号）

この規則は、平成元年6月1日から施行する。

附 則（平成元年 1 1 月 3 0 日規則第 2 4 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成 2 年 2 月 1 5 日規則第 8 号）

この規則は、平成 2 年 2 月 1 日から施行する。

附 則（平成 6 年 1 2 月 3 0 日規則第 2 1 号）

この規則は、平成 7 年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 6 年 1 0 月 1 日規則第 1 5 号）

この規則は、平成 1 6 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 8 年 3 月 3 1 日規則第 1 4 号）

この規則は、平成 1 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 8 年 9 月 2 9 日規則第 2 5 号）

この規則は、平成 1 8 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則（平成 1 9 年 3 月 2 6 日規則第 5 号）

この規則は、平成 1 9 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 0 年 3 月 3 1 日規則第 9 号）

この規則は、平成 2 0 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 0 年 1 0 月 1 日規則第 3 3 号）

この規則は、平成 2 0 年 1 0 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 0 年 1 2 月 3 0 日規則第 4 1 号）

この規則は、平成 2 1 年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 1 年 4 月 1 日規則第 1 7 号）

この規則は、平成 2 1 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 7 年 1 2 月 3 0 日規則第 2 2 号）

この規則は、平成 2 8 年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成 2 8 年 4 月 1 日規則第 6 号）

この規則は、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 3 0 年 8 月 1 日規則第 9 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成 3 0 年 8 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の白老町重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定は、この規則の施行期日以降に発生した医療費について適用し、平成29年7月31日までに発生した医療費については、改正後の規則第1条の2第1項第3号中「57,600円」を「44,000円」と、「18,000円」を「12,000円」と読み替えるものとし、平成29年8月1日から平成30年7月31日までに発生した医療費については、改正後の規則第1条の2第1項第3号中「18,000円」とあるのは「14,000円」と読み替えるものとする。

附 則（令和5年8月1日規則第25号）

この規則は、令和5年8月1日から施行する。

附 則（令和5年12月28日規則第35号）

この規則は、令和6年1月1日から施行する。

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

白老町長 様

記

申請内容	対象者等の状況	対象者	個人番号													性別	男 ・ 女		
			ふりがな																
			氏名											生年月日	年 月 日				
			住所																
		主たる生計維持者	個人番号													続柄			
			氏名																
		世帯主	個人番号												続柄				
			氏名																
	受給資格要件の状況	身体障害者手帳		交付日 年 月 日										等級	種 級				
		精神障害者保健福祉手帳		番号 第 号															
		知能指数の判定	療育手帳	交付日 年 月 日 番号 第 号										判定	A ・ B				
			判定(診断)	判定(診断)日 年 月 日 判定(診断)機関名										総合判定(診断)	重度・中度 ・軽度				
医療保険		種別	政・組・日・船・共・国・後										記号番号						
		保険者名称																	
	被保険者氏名											資格取得日	年 月 日						
※審査及び決定欄	所得状況	所得金額											所得状況確認						
		控除額											☐ 公簿等			確認印			
		審査対象所得額											☐ 証明書						
		所得限度額											☐ その他()						
	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。										課 長	G L	グループ員	グループ員	グループ員			
	2	次の理由により上記申請を却下する。 決定年月日 年 月 日																	
	却下理由											※ 受給者番号							
											☐ 課税証停止								

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

様式第2号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

白老町長 様

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電 話

次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。
なお、受給資格の期間において資格の認定に必要な対象者及び世帯員・主たる生計維持者の所得状況について、公簿による確認を承諾します。
また、高額療養費が生じたときは、その請求および受け取りを白老町へ委任します。

記

		親	子	子	子	子			
申請内容	対象者等の状況	※受給者番号							
		個人番号							
		ふりがな							
		氏名							
		生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		性別	男・女	男・女	男・女	男・女	男・女		
		同居・別居		同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居		
		別居地							
		別居理由							
		扶養義務者	氏名		個人番号		続柄		
	世帯主	氏名		個人番号		続柄			
	受給資格要件の状況	ひとり親家庭等となった理由	死別・離別・未婚・行方不明・遺棄・拘禁・ 両親の死亡・両親の行方不明・配偶者の障害 (種 級) ・その他 ()			発生日 年 月 日			
医療保険		種別	政・組・日・船・共・国	記号番号					
		保険者名称			資格取得日 年 月 日				
※審査及び決定欄	所得状況	所得金額			所得状況確認				
		控除額			☐ 公簿等		確認印		
		審査対象所得額			☐ 証明書				
		所得限度額			☐ その他 ()				
	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。			課 長	G L	グループ員	グループ員	グループ員
	2	次の理由により上記申請を却下する。 決定年月日 年 月 日							
却 下 理 由									

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

様式第3号(第2条関係)

別居の親が児童を監護している旨の申立書

児童の住 所

氏 名

個人番号

上記の児童と別居しておりますが、次の事由により監護していることを申し立てます。

別居監護している理由

年 月 日

親の住 所

氏 名

印

個人番号

白老町長 様

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

職名(親の居住地の市町村長、民生委員)

住 所

氏 名

印

樣式第4号(第3条関係)

受給者証受給者番号提出欄

[illegible]

様式第5号の1(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者台帳																	
受給者番	障			障老	(. . . 変更)			資格取得年月日	年 月 日			資格喪失年月日			年 月 日		
ふりがな				男	生 年 月 日		年 月 日生		住								
受給者氏名	(. . . 変更)			女	個 人 番 号				所	(. . . 変更)							
医療保険の状況	被保険者(世帯主)			続柄			受給要件	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳	障害の状況	年 月 日 交付 第 号		等級	級				
	住所			個人番号						年 月 日再交付 第 号		等級	級				
	保険種別	政・組・船・共・国・後期	記号番号			年 月 日 交付 第 号		判定	A・B								
	名称			年 月 日再交付 第 号		判定		A・B									
	住所			判定(診断)月日 年 月 日		判定(診断)機関名		判定(診断) 重度・中度・軽度									
	附加給付	有 . 無	附加給付の内容			判定(診断)月日 年 月 日		判定(診断) 重度・中度・軽度									
	被保険者(世帯主)	(. . . 変更)		受給者との続柄				判定(診断)月日 年 月 日		判定(診断) 重度・中度・軽度							
	住所			判定(診断)月日 年 月 日		判定(診断) 重度・中度・軽度											
	保険種別	政・組・船・共・国・後期	記号番号			判定(診断)月日 年 月 日		判定(診断) 重度・中度・軽度									
	名称																
住所																	
附加給付	有 . 無	附加給付の内容															
後期高齢者医療保険	受給者証の番号		有効期間の始期	年 月 日		障老に変更	後期高齢者医療保険適用始期	年 月 日	障の特例	自 年 月 日 至 年 月 日							

世帯の状況(受給者外)	氏名 (年 月 日生)	受給者 との続柄	同居 の別居	備考	受給者証の 更新状況	有効期間				更新状況				更新年月日		
						始期	終期									
	(年 月 日生)		同・別			・ ・	・ ・			未 ・ 済 ・ 職 権				・ ・		
	(年 月 日生)		同・別			・ ・	・ ・			未 ・ 済 ・ 職 権				・ ・		
	(年 月 日生)		同・別			・ ・	・ ・			未 ・ 済 ・ 職 権				・ ・		
	(年 月 日生)		同・別			・ ・	・ ・			未 ・ 済 ・ 職 権				・ ・		
	(年 月 日生)		同・別			・ ・	・ ・			未 ・ 済 ・ 職 権				・ ・		
障 の 特 例 適 用 の 理 由					町 民 税 課 税 状 況	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	
						非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	非・課	
資 格 喪 失	届出・職権別 年 月 日(届出・職権)				備 考											
	1. 他の市町村への転出															
	2. 生活保護の受給開始															
	3. 死 亡															
	4. そ の 他															
	喪失事由の 発生年月日	年 月 日	受給者証の 回収年月日	・ ・												

様式第5号の2(第3条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者台帳

	受給者番号	ふ	り	が	な	性 別	生 年 月 日	同居 別居	の別	住 所	資格取得年月日			
	個人番号	氏		名	資格喪失年月日									
親							年 月 日生	同・別		(. . . 変更)	. .			
											. .			
子						男・女	年 月 日生	同・別		(. . . 変更)	. .			
											. .			
						男・女	年 月 日生	同・別		(. . . 変更)	. .			
											. .			
					男・女	年 月 日生	同・別		(. . . 変更)	. .				
										. .				
医療 保険 の 状 況	被保険者 (世帯主)					続 柄		受 給 要 件	ひとり親家庭等となった理由	1 配偶者との死別 2 〃 との離別 3 〃 の行方不明 4 〃 からの遺棄 5 〃 の拘禁 6 〃 の障害 7 両親の死亡	8 両親の行方不明 9 両親からの遺棄 10 その他			
	住 所					個人番号					理 由 の 発 生 年 月 日	年 月 日		
	保険種別	政・組・日・船・共・国	記号番号								種 別	1 児童扶養手当2 遺族年金 3 その他 ()		
	保 険 者	名 称									受 給 者		続 柄	
	保 險 者	住 所									証書番号等			
	附加給付	有 ・ 無	附加給付の内容											
	被保険者 (世帯主)	(. . . 変更)	受 給 者 との続柄											
	住 所													
	保険種別	政・組・日・船・共・国	記号番号											
	保 険 者	名 称												
保 險 者	住 所													
附加給付	有 ・ 無	附加給付の内容												

世帯の状況(受給者外)	氏名		受給者との続柄		同居の別		備考		受給者証更新状況	氏名	有効期間		更新状況		更新年月日				
	(年 月 日生)				同・別						始期	終期							
	(年 月 日生)				同・別						・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・				
	(年 月 日生)				同・別						・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・				
	(年 月 日生)				同・別						・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・				
	(年 月 日生)				同・別						・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・				
	(年 月 日生)				同・別						・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・				
資格喪失の状況	氏名									町の課税状況		・ ・		・ ・		未・済・職権		・ ・	
	届出・職権	年 月 日届職		年 月 日届職		年 月 日届職		年 月 日届職				始期	終期	未・済・職権		・ ・			
	喪失理由	1 転出	1		1		1		1			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・			
		2 生活保護	2		2		2		2			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・			
		3 年齢到達	3		3		3		3			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・			
		4 死亡	4		4		4		4			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・			
		5 その他	5		5		5		5			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・			
	()		()		()		()			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・					
理由発生	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・					
証回収	・ ・		・ ・		・ ・		・ ・			・ ・	・ ・	未・済・職権		・ ・					
											年度	年度	年度	備考					
											非・課	非・課	非・課						
											年度	年度	年度						
											非・課	非・課	非・課						

様式第6号（第3条関係）

障	重度心身障がい者	有効期限	年	月	日から
	医療費受給者証		年	月	日まで
公費負担者番号		受給者番号			
		自己負担額			
氏 名					
生年月日		年	月	日	性 別
住 所					
発行年月日		年	月	日	白老町長
発行機関名及び印					

様式第7号（第3条関係）

親	ひとり親家庭等 医療費受給者証	有効期限	年	月	日から
			年	月	日まで
公費負担者番号		受給者番号			
		自己負担額			
氏 名					
生年月日		年	月	日	性 別
住 所					
発行年月日		年	月	日	白老町長
発行機関名及び印					

様式第8号(第3条関係)

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

様

白老町長



年 月 日付で申請のあった 重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給資格について
は、次のとおり却下したので通知します。

記

受給者名 氏 名		年 月 日生
住 所		
加入医療保険 の記号番号		受給者証 記号番号
備 考		

却下理由

様式第9号(第4条関係)

第三者行為等の返還等整理簿

				受給者番号		氏 名			
徴収等の事由	事由発生日 年 月 日	徴収金等 請求 対象期間	医 療 給 付 状 況		徴収金請求等の状況		第三者の状況 (氏名・住所等)	摘 要	
			受診年月等	給 付 額	徴収金等請求 対象額	徴 収 等			
		自 至	年 月 診療分 現物・現金	円	年 月 日	年 月 日			
		自 至	年 月 診療分 現物・現金	円	年 月 日	年 月 日			
		自 至	年 月 診療分 現物・現金	円	年 月 日	年 月 日			
		自 至	年 月 診療分 現物・現金	円	年 月 日	年 月 日			
		自 至	年 月 診療分 現物・現金	円	年 月 日	年 月 日			

様式第10号(第5条関係)

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

白老町長 様

申請者 住 所 白老町

氏 名
続 柄
電 話
印

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。

受 給 者	ふりがな		医療 保 険	被保険者証等記号・番号	
	氏名 年 月 日生			名称	
	受給者証番号 (初 ・ 課)			被保険者等氏名	
医療機関	名称				
	所在地				
診療内容	診療区分	診療月 年 月 分	保険診療点数等 点 円		
	初診回数 回	診療実日数 日	病院等に支払った金額 円		
振込口座	口座名義人 (ふりがな)			普通 ・ 当座預金	
	金融機関名 ・ 支店			口座番号	

注 申請の際、受給者証、被保険者証、(又は組合員証)及び医療機関等が発行する領収書
その他町長が必要と認める書類を添えてください。

※ 下欄は記入しないでください。

保険給付割合 等		保険給付(/10)		附加給付 有・無()		
附加給付の支給基準		家族療養費相当額		未満不支給 未満切捨		
決定点 数	決定費用 額	保険診療自 己負担額	控除 高額療養費 附加給付額 その他()			助成額
点	円	円	円	円	円	円

様式第11号(第6条関係)

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書

年 月 日

様

白老町長



年 月 日付支給申請のありました 重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費について審
査の結果、次のとおり決定したので通知します。

記

- | | |
|---------|-------|
| 1 支払決定額 | 円 |
| 2 支払期日 | 月末 |
| 3 振込先 | 銀行 支店 |

重度心身障害者
ひとり親家庭等

様

印

年 月 日付で申請のありました
重度心身障害者 ひとり親家庭等 医療費について審
査の結果、却下と決定したので通知します。

[illegible]

様式第13号（第8条、第9条関係）

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費受給資格変更・喪失届

年 月 日

白老町長 様

届出者 住 所

氏 名 印
続 柄
電話番号

次のとおり受給資格の変更・喪失について届出いたします。

受給者	氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号		
					個人番号		
	氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号		
					個人番号		
	氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号		
					個人番号		
	氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号		
					個人番号		
変更	氏名	新				変更年月日	年 月 日
		旧					
	住所	新				変更年月日	年 月 日
		旧					
	医療 保険	新	種類	政・組・日・船・共・国・後		記号・番号	
			保険者名称			被保険者氏名	
		旧	種類	政・組・日・船・共・国・後		記号・番号	
			保険者名称			被保険者氏名	
		変更年月日		年 月 日			
		喪失	喪失理由				
	1. 他の市町村へ転出		年 月 日				
	2. 医療保険離脱		年 月 日				
3. 生活保護開始			年 月 日				
4. 死亡			年 月 日				
5. その他 ()			年 月 日				

※担当者記入欄

受給者証回収日	受給者証区分	処理年月日	処理者印
年 月 日	未回収 ・ 回収不要	年 月 日	

様式第14号(第8条関係)

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

白老町長 様

住 所 白老町
氏 名 印
続 柄
電話番号

医療費受給者証の再交付を次のとおり申請します。

記

受給者	氏 名		受給者証番号	
	生年月日	年 月 日 生		
	住 所			
	個人番号			
申 請 理 由				
備 考				

※ 下欄は記入しないでください。

再交付 年月日	年 月 日	受給者番号		取扱者印	
------------	-------	-------	--	------	--

様式第15号(第8条関係)

第三者の行為による傷病届

年 月 日

白老町長 様

届出者 住 所

氏 名



次のとおり届け出します。

受給者との続柄

電話(自宅・勤務先) —

1 被害者(受給者)に関する事項

被 害 者	受給者証番号	加入医療保険	被保険者証等記号・番号 —
	氏 名		名 称
	年 月 日生		被保険者等氏名
事故発生年月日	年 月 日 午前 時 分 午後		
事故発生場所			
事故発生の原因 とその状況			

2 加害者(第三者)に関する事項

加 害 者	住所		
	氏名	勤務先	電話 —
使用主又は自動 車の保有者	住所		
	氏名	電話 —	
示 談 事 項	自 動 車 損 害 賠 償 事 項		
年 月 日	円	保 険 契 約	有 ・ 無
内 訳	保 険 会 社	所在地	
治療費 円	休業補償 円	名 称	
入院費 円	見舞金 円	住 所	
看護料 円	障害補償 円	氏 名	
移送料 円	葬祭費 円	証 書 の 記 号 ・ 番 号	—
慰謝料 円	その他 円	保 険 金 受 領 又 は 請 求 年 月 日 ・ 金 額	年 月 日 円

3 診療に関する事項

傷 病 名			
初診 年 月 日	診療期間(見込) 日(月)	受給者証使用開始 年 月 日	治療費(見込額) 円
医療取扱機関の所在地 名称及び医師の氏名			

注 不明な事項については、空白のまま提出し、後日判明しだい連絡してください。

様式第16号(第10条関係)

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給事由消滅通知書

年 月 日

様

白老町長



あなたは、下記のとおり 重度心身障害者 医療費の支給事由が消滅しましたので
ひとり親家庭等 通知します。

なお、さきに交付した受給者証を速やかにお返してください。

記

1 消滅した日 年 月 日

2 消滅の理由

(教示)

この通知に不服のある場合は、この通知があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

また、この通知の取消しを求める訴えをする場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、提起することができます。

様式第1号（第2条関係）

様式第2号（第2条関係）

様式第3号（第2条関係）

様式第4号（第3条関係）

様式第5号の1（第3条関係）

様式第5号の2（第3条関係）

様式第6号（第3条関係）

様式第7号（第3条関係）

様式第8号（第3条関係）

様式第9号（第4条関係）

様式第10号（第5条関係）

様式第11号（第6条関係）

様式第12号（第6条関係）

様式第13号（第8条、第9条関係）

様式第14号（第8条関係）

様式第15号（第8条関係）

様式第16号（第10条関係）