

(趣旨)

第1条 この規則は、長久手市障害者医療費支給条例(昭和48年長久手町条例第21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。

(障害者の要件)

第2条 条例第2条の障害者は、次の要件に該当する者でなければならない。

- (1) 条例第2条第1号及び第2号の身体障害者手帳所持者とは、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者であること。
- (2) 条例第2条第3号の知的障害者とは、次の機関等で判定を受けた者であること。
 - ア 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第12条に規定する児童相談所
 - イ 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第12条に規定する知的障害者更生相談所
- (3) 条例第2条第4号の診断されている者とは、自閉症の診療経験を有する医師の診断を受けた者であること。
- (4) 条例第2条第5号の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者とは、都道府県知事から手帳の交付を受けている者であること。
- (5) 条例第2条第6号の自立支援医療受給者証(精神通院)を所持しているものとは、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項に規定する自立支援医療受給者証(精神障害の通院医療に係るものに限る。)を所持している者であること。
- (6) 条例第2条第7号の精神障害者とは、医師の診断書等で証明を受けた者であること。

(平25規則19・一部改正)

(社会保険各法)

第2条の2 条例第3条の規則で定める法令は、次のとおりとする。

- (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) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)

(受給者証の交付申請)

第3条 条例第6条第1項に規定する障害者医療費受給者証(様式第1号の1又は様式第1号の2。以下「受給者証」という。)の交付を受けようとする受給資格者(条例第5条第2項の規定による精神障害の入院医療に係る医療費の支給を受けようとする者を除く。以下同じ。)は、障害者医療費受給者証交付申請書(様式第2号の1又は様式第2号の2)又は、障害者医療費受給者証更新申請書(様式第3号)に受給資格者であることを証する書類を添えて市長に提出するものとする。

- 2 市長は、前項に規定する交付申請があった場合において、その者が受給資格者であることを確認したときは、受給者証を交付するものとする。
- 3 受給者証の有効期間は、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。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。
- 4 前項において、有効期限が定められていない場合は、開始以後3回目に到来する7月31日を有効期限とする。

(平25規則19・令5規則32・一部改正)

(受給者証の更新申請等)

第3条の2 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号)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市長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請があった場合については、前条第2項及び第3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 受給資格者は、受給者証の有効期間を満了したときは、速やかに、当該受給者証を市長に返還しなければならない。

(令5規則32・一部改正)

(受給者証の再交付申請)

第4条 受給資格者は、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号の1又は様式第4号の2)を市長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

- 2 受給者証を破損し、又は汚損した場合の前項に規定する申請には、当該受給者証を添えるものとする。

3 受給資格者は、受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに、これを市長に返還しなければならない。

(令5規則32・一部改正)

(障害者医療費支給申請)

第5条 条例第5条第1項及び第2項に規定する障害者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号の1又は様式第5号の2)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、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市長が必要と認めた書類を添えなければならない。

(令5規則32・一部改正)

(医療費の請求)

第6条 条例第7条第1項の規定により市長から支払を受ける医療機関等は、障害者医療費請求書を市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。

(平26規則31・一部改正)

(届出事項)

第7条 条例第8条第1項の規則で定める事項は、次のとおりとする。

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 身体障害者手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳の記載事項、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項に規定する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」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) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者である受給資格者にあつては、その者の属する世帯の同法に規定する世帯主若しくは組合員又は当該世帯主若しくは組合員の氏名、住所若しくは被保険者証の記号番号

(6) 社会保険各法による被保険者、組合員又は加入者である受給資格者にあつては、被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号

(7) 社会保険各法による被扶養者である受給資格者にあつては、受給資格者が被扶養者となっている被保険者、組合員若しくは加入者又は当該被保険者、組合員若しくは加入者の住所、氏名若しくは被保険者証、組合員証若しくは加入者証の記号番号

2 受給資格者は、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号の1又は様式第6号の2)に当該変更のあったことを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。

(令5規則32・一部改正)

(資格喪失の届出)

第8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条各号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号の1又は様式第7号の2)を市長に提出しなければならない。

(令5規則32・一部改正)

(受給者証の添付)

第9条 前2条の規定による届出には、受給者証を添えなければならない。ただし、受給者証を添えることができないときは、その理由を明らかにした申立書を提出しなければならない。

(第三者行為の届出)

第10条 障害者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、障害者医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、速やかに、第三者の行為による被害届(様式第8号)を市長に届け出なければならない。

(令5規則32・一部改正)

(添付書類の省略)

第11条 市長は、この規則の規定により申請書又は届書に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等によって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。

(障害者医療に関する処分の通知)

第12条 市長は、障害者医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容及びその理由を申請者に通知しなければならない。

(雑則)

第13条 この規則で定めるもののほか、障害者医療費の支給に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、昭和48年10月1日から施行する。

附 則(昭和58年規則第7号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和58年2月1日から適用する。

附 則(平成元年規則第13号)

この規則は、公布の日から施行し、平成元年8月1日から適用する。

附 則(平成7年規則第3号)

この規則は、平成7年4月1日から施行する。

附 則(平成7年規則第14号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の長久手町障害者医療費支給条例施行規則の規定は、平成7年7月1日から適用する。

付 則(平成14年規則第30号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

付 則(平成16年規則第8号)

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

付 則(平成17年規則第8号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

付 則(平成18年規則第6号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成19年規則第29号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第2号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第14号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成21年規則第16号)

この規則は、平成22年1月1日から施行する。

附 則(平成23年規則第67号)

この規則は、平成24年1月4日から施行する。

附 則(平成24年規則第13号)抄

(施行期日)

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成25年規則第19号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成26年規則第31号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成27年規則第29号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成29年規則第7号)

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成30年規則第13号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の長久手市障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式については、改正後の長久手市障害者医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則(令和4年規則第16号)

(施行期日)

1 この規則は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式による用紙で、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(令和5年規則第32号)

1 この規則は、令和6年1月1日から施行する。

2 この規則の施行の際、現に改正前の長久手市障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式については、改正後の長久手市障害者医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、使用することができる。

様式第1号の1(第3条関係)

(平30規則13・全改)

様式第1号の1(第3条関係)

(表)

愛知県内のみ有効			
障		医療費受給者証	
受給者番号			
受給者	住所		
	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		長久手市長 印	
交付年月日		年 月 日	

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用することができません。
- 2 愛知県内の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 氏名、居住地、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、この証を添えて、市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、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。
- 5 受給者の資格がなくなったとき又は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ので、速やかに、市長に返してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(問合せ先)

様式第1号の2(第3条関係)

(表)

愛知県内のみ有効			
① 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		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
該当医療機関		自立支援医療受給者証に記載されている医療機関に限る	
有効期限		自立支援医療受給者証の有効期限に同じとする	
発行機関名及び印		長久手市長 	
交付年月日		年 月 日	

この証は、自立支援医療受給者証、被保険者証(又は組合員証)、上限管理表(必要な方のみ)に添えて該当医療機関の窓口へ提出してください。(後期高齢者医療被保険者は、この証の使用はできません。)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用することができません。
- 2 愛知県内の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 氏名、居住地、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、この証を添えて、市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、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。
- 5 受給者の資格がなくなったとき又は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ので、速やかに、市長に返してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(問合せ先)

受給者番号													
障害者医療費受給者証交付申請書													
年 月 日													
長久手市長 殿													
申請者 住所													
氏名													
電話													
次のとおり障害者医療費受給者証の交付を申請し、次のことに同意します。													
1 医療費受給資格・区分等の審査（必要に応じて世帯員分含む。）のため、公簿の閲覧をすること。													
2 医療費支給のため保険者に給付内容の照会をすること。													
3 障害者医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」（以下「高額療養費等」という。）については、長久手市長が保険者から高額療養費等を受領すること。													
4 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、長久手市に当該金額を返納すること。													
受給資格者	住 所									申請者との続柄			
	フリガナ							生年月日					
	氏 名												
	個人番号												
保険加入状況	被保険者	住 所											
		氏 名								被保険者との続柄			
	保険証番号	記号	番号										
	保険者の名称									保険者番号			
障害区分	障 害 名		手 帳 番 号				備 考						
	1 身体障害者1・2・3級		交付年月日										
	2 腎臓機能障害		年 月 日										
	3 進行性筋萎縮症												
	4 知能指数50以下		愛知県第 号										
	A・B												
	5 自閉症状群												
6 精神障害者1・2級													

様式第2号の2(第3条関係)

受給者番号

障害者医療費(自立支援医療(精神通院))受給者証交付申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

下記のとおり障害者医療費(自立支援医療(精神通院))受給者証交付を申請します。

受給資格者	住所									申請者との続柄				
	フリガナ									生年月日				
	氏名													
	個人番号													
保険加入状況	被保険者	住所												
		氏名									被保険者との続柄			
	保険証番号	記号	番号											
	保険者の称									保険者番号				
備考														

様式第3号(第3条の2関係)										受給者番号			
障害者医療費受給者証更新申請書 年 月 日 長久手市長 殿 申請者 住所 氏名 電話													
次のとおり障害者医療費受給者証の更新を申請し、次のことに同意します。 - 医療費受給資格・区分等の審査（必要に応じて世帯員分含む。）のため、公簿の閲覧をすること。 - 医療費支給のため保険者に給付内容の照会をすること。 - 障害者医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」（以下「高額療養費等」という。）については、長久手市長が保険者から高額療養費等を受領すること。 - 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、長久手市に当該金額を返納すること。													
受給資格者	住 所								申 請 者 との続柄				
	フリガナ						生年月日						
	氏 名												
	個人番号												
保険加入状況	被保険者	住 所											
		氏 名							被保険者 との続柄				
	保険証番号	記号	番号										
	保険者の名称								保 険 者 号 番 号				
障 害 区 分	障 害 名		手 帳 番 号				備 考						
	1 身体障害者1・2・3級		交付年月日										
	2 腎臓機能障害		年 月 日										
	3 進行性筋萎縮症												
	4 知能指数50以下		愛知県第 号										
	A・B												
	5 自閉症状群												
6 精神障害者1・2級													

様式第4号の1(第4条関係)

(令4規則16・全改、令5規則32・旧様式第3号繰下・一部改正)

様式第4号の1（第4条関係）

障害者医療費受給者証再交付申請書			
長久手市長		殿	
		年 月 日	
		住所	
申請者		氏名	
下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。			
受 給 者	受 給 者 番 号		
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
申 請 理 由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 地番変更 5 その他	

様式第4号の2(第4条関係)
(令5規則32・追加)

様式第4号の2（第4条関係）

障害者医療費(自立支援医療(精神通院))受給者証再交付申請書			
長久手市長		殿	
		年 月 日	
		住所	
		申請者	
		氏名	
下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。			
受 給 者	受 給 者 番 号		
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
申 請 理 由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 地番変更 5 その他	

様式第5号の1 (第5条関係)										受給者番号			
障害者医療費支給申請書													
長久手市長 殿										年 月 日			
〒 -													
住 所													
受給者 氏名													
電 話 ()													
下記のとおり障害者医療費の支給を申請します。													
フリガナ								生年月日					
受給者氏名													
被保険者						記 号 番 号		(記号)					
								(番号)					
保険者名													
保険者番号						附 加 給 付		有 ・ 無					
医 療 等 の 状 況	傷 病 名			通 院 区 分	入 院 ・ 入 院 外	療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					
	医 療 機 関	名 称											
	申 請 理 由	1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 精神5条入院(新規・継続中)→診断書確認 4 その他 ()											
支 払 方 法		金 融 機 関 名				支 店 名				種 別			
		口 座 番 号				口 座 名 義 人							
						(カタカナで記入してください)							
医 療 費 総 額		自 己 負 担 額				高額療養費又は附加給付金		支 給 申 請 額					
円		円				円		円					

(注) 医療機関の領収書を添付してください。

様式第5号の2(第5条関係)
(令5規則32・追加)

様式第5号の2 (第5条関係)										受給者番号			
障害者医療費(自立支援医療(精神通院))支給申請書													
長久手市長 殿										年 月 日			
〒 ー													
住 所													
受給者 氏名													
電 話 ()													
下記のとおり障害者医療費の支給を申請します。													
フリガナ								生年月日					
受給者氏名													
被保険者						記 号 番 号		(記号)					
								(番号)					
保険者名													
保険者番号						附 加 給 付		有 ・ 無					
医 療 等 の 状 況	傷 病 名			通 院 区 分	入 院 ・ 入 院 外	療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					
	医 療 機 関	名 称											
	申 請 理 由	1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 受給者証発行前受診の為 4 その他 ()											
支 払 方 法		金 融 機 関 名				支 店 名				種 別			
		口 座 番 号				口 座 名 義 人							
						(カタカナで記入してください)							
医 療 費 総 額		自 己 負 担 額				高額療養費又は附加給付金				支 給 申 請 額			
円		円				円				円			

(注) 医療機関の領収書を添付してください。

様式第6号の1(第7条関係)
(令4規則16・全改、令5規則32・旧様式第5号繰下・一部改正)

様式第6号の1（第7条関係）

障害者医療費受給資格等変更届			
長久手市長		殿	年 月 日
		住所	
		受給者 氏名	
		電話	
下記のとおり医療費の受給資格等に変更がありました。			
受 給 者 番 号			
区 分		新	変更年月日
受 給 者	住 所		
	氏 名		
保 険 加 入 状 況	保 険 者 名		
	保 険 者 番 号		
	記 号 番 号		
	附 加 給 付 等		

様式第6号の2（第7条関係）

障害者医療費(自立支援医療(精神通院))受給資格等変更届			
長久手市長		殿	年 月 日
電話			
下記のとおり医療費の受給資格等に変更がありました。			
受 給 者 番 号			
区 分		新	変更年月日
受 給 者	住 所		
	氏 名		
保 険 加 入 状 況	保 険 者 名		
	保 険 者 番 号		
	記 号 番 号		
	附 加 給 付 等		

様式第7号の1(第8条関係)

(令5規則32・旧様式第6号繰下・一部改正)

様式第7号の1(第8条関係)

受給者番号

障害者医療費受給資格喪失届

資格喪失した
受給者の氏名資 格 喪 失
の 年 月 日

年 月 日

住 所

資 格 喪 失 の 理 由

1 転出 転出年月日 年 月 日

2 生保開始 生保開始の年月日 年 月 日

3 他公費移行(子・障・母・自・後)

4 死亡 死亡した年月日 年 月 日

5 その他

上記のとおり受給者証を添えて届けます。

年 月 日

住所

届出人 氏名

電話 ()

長久手市長 殿

様式第7号の2(第8条関係)

(令5規則32・追加)

様式第7号の2(第8条関係)

受給者番号

障害者医療費(自立支援医療(精神通院))受給資格喪失届

資格喪失した
受給者の氏名

資 格 喪 失
の 年 月 日

年 月 日

住 所

資 格 喪 失 の 理 由

1 転出 転出年月日 年 月 日

2 生保開始 生保開始の年月日 年 月 日

3 他公費移行(子・障・母・自・後)

4 死亡 死亡した年月日 年 月 日

5 その他

上記のとおり受給者証を添えて届けます。

年 月 日

住所

届出人 氏名

電話 ()

長久手市長 殿

様式第8号(第10条関係)

(令5規則32・旧様式第7号繰下・一部改正)

様式第8号(第10条関係)

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

年 月 日 (〒 —) 受給者 住所										
長久手市長 殿 下記のとおり届けます。						氏名 印 電話 ()				
事 故 発 生 日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃			事故発生 場 所						
受給者番号・医療証番号		社保・国保の保険者名		事故原因 と 状 況						
被害者名 (受給者)		被保険者証 記号・番号		職 業						
		フリガナ 氏 名		続 柄		性 別				
				生 年 月 日		年 月 日				
第 三 者 に 関 連 す る 事 項	加 害 者 (運転者)	氏 名		生 年 月 日		年 月 日				
		住 所		〒						
		職 業		電 話						
	保 有 者 (契約者)	氏 名		電 話						
		住 所		〒						
	加 害 者 と の 関 係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()							
	自賠責保険	有・無	保険会 社	証 明 書 番 号						
	任 意 保 意 險	有・無	保険会 社	支 店 名		課 名		担 当 者 名		
			証 券 番 号	電 話		()				
	医療機関の所在地・名称(氏名)			傷 病 名		初 診 日		年 月 日		
当 初					保 險 診 療		有・無			
					保 險 診 療 開 始 日		年 月 日			
転 医 後					診 療 見 込 期 間					
					診 療 見 込 金 額		円			

注意 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

1 交通事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 示談書の写し 4 委任状
5 念書(被害者) 6 誓約書(加害者) 7 契約書の写し