

阿賀野市規則第15号

阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則
阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則（平成16年阿賀野市規則
第91号）の一部を次のように改正する。

第5条第3項を削り、同条第4項中「前3項」を「前2項」に改め、同項を同条第3
項とする。

第1号様式中「㊟」及び「(注) 記名押印に代えて署名することができます。」を削
る。

第2号様式中「(注) 記名押印に代えて署名することができます。」を削る。

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第6条関係)

(表)

阿賀野市 重度障害者 医療費受給者証										
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">県障</div>	公費負担者番号	6	1	1	5	0	2	1	5	
	自己負担分									
	公費負担者番号									
	受給者番号									/
保 険 者										
受給者	住 所									
	氏 名									
	生 年 月 日	年 月 日					性別			
有 効 期 間		年 月 日					から			
		年 月 日					まで			
発 行 機 関		新潟県 阿賀野市長							印	
交 付 年 月 日		年 月 日								
備 考										

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口へ提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 3 一部負担金について
外来の場合は、月の初回から 4 回目まで受診日ごとに 円(その日の自己負担額が
円に満たないときは当該額)を支払ってください。
入院の場合は、1 日につき 円を支払ってください。
訪問看護の場合は、1 日につき 円を支払ってください。
なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
※ 受給者のうち 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者は、一部負担金はありません。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに市長に届け出てください。
 - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
 - (2) 加入している医療保険を変更したとき。
 - (3) 食事療養(生活療養)標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
 - (4) 障害の程度が軽減したとき。
 - (5) 生活保護の決定を受けたとき。
 - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
 - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
 - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証及び明細書等を添付して市に申請をしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりです。
- 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処分を受けることがあります。

第7号様式中「㊟」及び「3 記名押印に代えて署名することができます。」を削る。
第8号様式から第9号様式の2までを次のように改める。

県障医療費助成申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支 店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
2 " 医療機関ごとに1枚必要です。

市確認欄

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

(年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外 来 ・ 調 剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
入 院	入 院 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪 問 看 護	利 用 日 数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・その他()	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名 称
氏 名



- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。
※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注 意 事 項

1 助成額について

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。
- ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額)。
- イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額。
- ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。
ただし、受給者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は、一部負担金はありません。
- (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1 枚
(2) 外来と入院の場合	2 枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2 枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3 枚

3 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

(表 面)

県障医療費助成申請書(入院時生活療養費用)

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支 店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 本紙は受診した月ごとに 1 枚必要です。
2 // 医療機関ごとに 1 枚必要です。

市確認欄(県障助成額単価×食事回数)

県障助成決定額	円
---------	---

..... 以下は医療機関等に記入してもらうこと。

(年 月診療分)

所得区分等	標準負担額	食事回数(回)	金額 (円)
適用区分オ・低所得者Ⅱ	210 円/食		
低所得者Ⅰ	130 円/食		
低所得者Ⅰ (老齢福祉年金 受給者)・境界層該当者	100 円/食		
入院医療の必要性の高い者	210 円・160 円・100 円/食		

..... 様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名 称
氏 名

Ⓜ

- ※ 「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分 2 又は 3 等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。
※ 所得区分等(例:低所得Ⅱ)及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注意事項

1 助成額について

- (1) 入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。
- (2) 申請額は入院時生活療養費標準負担額のうち、入院時食事療養標準負担額と同額(食材料費相当分)の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額(食材料費相当額)	
低所得者Ⅱ	160 円/食
低所得者Ⅰ	100 円/食
低所得者Ⅰ(老齢福祉年金受給者)	100 円/食
境界層該当者	100 円/食
ただし、入院医療の必要性の高い者については	
低所得者Ⅱ	210 円/食
低所得者Ⅱ(90日を超える場合)	160 円/食
低所得者Ⅰ	100 円/食

- 2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

第9号様式(第12条関係)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					年 月 日
阿賀野市長 様		申請者 住 所 氏 名			
下記のとおり金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					代理人住所 代理人氏名
受 給 者 証 番 号			保 険 者 名		
受 給 者 氏 名			記 号 ・ 番 号		
受 療 者 氏 名			被 保 険 者 氏 名		
自 己 負 担 割 合	3 割	2 割	1 割		
振 込 指 定 金 融 機 関 名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※ 他法負担額			一部負担金額	決定額	

- 注 1 ※印欄は記入しないこと。
2 助成申請額の算出方法等裏面参照。

(柔道整復師が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額 B-C
1 日目	円	円	円	円
2 日目	円	円	円	円
3 日目	円	円	円	円
4 日目	円	円	円	円
5 日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉 法・その他()		公 費 分 費 用 患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。				
年 月 日		所在地 柔道整復師 名 称 氏 名		
		様 印		

- 注 1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

(県老の場合)

- 療養に要した費用の2割(経過措置対象者は1割)

(県障の場合)

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額)。ただし、阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例(平成16年阿賀野市条例第132号)第3条に規定する受給資格者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は、一部負担金はありません。

(県親の場合)

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額)。ただし、阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例(平成16年阿賀野市条例第120号)第3条に規定する対象者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は、一部負担金はありません。

(単子の場合)

- 一部負担金はありません。

2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

第9号様式の2(第12条関係)

(受給者が記入してください)

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書 (□はり □きゅう □あん摩マッサージ指圧)					
年 月 日					
阿賀野市長 様		申請者 住 所 氏 名			
下記のとおり金 円 (診療月 年 月分) の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
代理人住所 代理人氏名					
受 給 者 証 番 号				保 険 者 名	
受 給 者 氏 名				記 号 ・ 番 号	
受 療 者 氏 名				被 保 険 者 氏 名	
自 己 負 担 割 合	3 割	2 割	1 割		
振 込 指 定 金 融 機 関 名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※	他法負担額	一部負担金額		決定額	

注 1 ※印欄は記入しないこと。

2 助成申請額の算出方法等裏面参照。
(施術者が記入してください)

領 収 書 (診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金額収済額 C	県単医療費助成額 B-C
1 日目	円	円	円	円
2 日目	円	円	円	円
3 日目	円	円	円	円
4 日目	円	円	円	円
5 日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉 法・その他()		公 費 分 費 用 患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。 年 月 日 様 施術所 所在地 名 称 施術者 氏 名				

注 1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

(県障の場合)

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が円に満たないときは当該額)。ただし、阿賀野市重度心身障害者医療費助成に関する条例(平成16年阿賀野市条例第132号)第3条に規定する受給資格者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は、一部負担金はありません。

(県親の場合)

- 1日につき 円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が円に満たないときは当該額)。ただし、阿賀野市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例(平成16年阿賀野市条例第120号)第3条に規定する対象者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は、一部負担金はありません。

(単子の場合)

- 一部負担金はありません。

2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

第11号様式中「㊟」及び「4 記名押印に代えて署名することができます。」を削る。

第12号様式中「㊟」及び「(注) 記名押印に代えて署名することができます。」を削る。

第13号様式を次のように改める。

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日			
住所				
1 資格喪失事由 (1) 障害の等級が軽減したため (2) 他市町村へ転居したため (転居先) (3) 受給資格者が死亡したため (4) その他 (具体的事由)				
2 資格喪失事由発生日 年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失しましたので、受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所
届出者
氏名
(受給者との続柄)

阿賀野市長 様

(注) 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

