

阿賀野市老人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をここに公布する。

令和 8 年 9 月 9 日

阿賀野市長 加 藤 博 幸

阿賀野市規則第 3 2 号

阿賀野市老人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

阿賀野市老人医療費助成に関する条例施行規則（平成 1 6 年阿賀野市規則第 8 3 号）の一部を次のように改正する。

第 5 号様式を次のように改める。

第 5 号様式(第 7 条関係)

(表)

県老医療費助成申請書					
阿賀野市長 様				年 月 日	
申請者		住 所			
氏 名		氏 名			
下記のとおり金		円の医療費の助成を申請します。			
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		
振込指定機関	銀行名		口座番号		氏名
※	他法負担額		一部負担額		決定額

- 注 1. ※印欄は記入しないこと。
 2. 助成申請額の算定方法等裏面参照。
 3. 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。

高額療養費相当額申請用				
(該当する申請区分に○を付け、診療月又は期間を記入してください)				
☐ 月単位の申請 (診療月: 年 月分) ☐ 年間の申請 (計算期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)				
一部負担金の支払額 (※年間の申請の場合は、計算期間中の自己負担合算額)				
外来		入院		合計

※1 高額療養費相当額の助成を受ける場合に記入すること。
 ※2 一部負担金の支払額を証明できる領収書等を添付すること。

.....以下は医療機関等に記入してもらうこと.....

(診療月 年 月分)

療養の種類	総点数	領収済自己負担額	備考
入院・外来・調剤 訪問看護・療養費	点	円	
他法負担の有 無	障害者総合支援法・特定疾患治療研究事業 母子保健法・児童福祉法・その他 ()	公費分点数 点	公費分の自己負担額 円

上記のとおり領収しました。

年 月 日

所 在 地
 医療機関等 名 称
 代表者氏名

印

(裏)

注意事項

1 助成申請書の計算方法

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

一部負担金の割合 医療費の2割（経過措置対象者は1割）

一部負担額が一定額を超えた場合には、申請により市町村から超過額が払い戻されます。

(高額療養費相当額の申請について)

一部負担金については、以下の額を超えた額が、申請により市町村から払い戻されます。

	受給者が1ヶ月に支払った 外 来 の 一 部 負 担 金	受給者が1ヶ月に支払った 一部負担金の合計額	受給者が1年間に支払った 一 部 負 担 金 の 合 計 額
①一般の方	22,000円 [年間の上限216,000円]	61,500円 (44,400円)	530,000円
②市町村民税非課税 の世帯に属する方 (③以外の方)	11,000円 [年間の上限96,000円]	25,700円 (24,600円)	290,000円
③②のうち、所得が 一定の基準に満たな い方	8,000円	15,700円	180,000円

※（ ）内は多数回該当の場合

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。

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、市町村の担当窓口におたずねください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の阿賀野市老人医療費助成に関する条例施行規則の規定は、令和8年8月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に交付された改正前の第5号様式は、当分の間、これを使用できるものとする。