

改正

昭和53年12月26日規則第10号

昭和58年1月31日規則第2号

昭和59年12月21日規則第17号

平成6年3月29日規則第2号

平成6年5月12日規則第4号

平成7年3月28日規則第3号

平成13年3月22日規則第5号

平成14年9月27日規則第20号

平成16年6月22日規則第12号

平成18年9月19日規則第13号

平成20年3月26日規則第12号

平成20年7月9日規則第19号

平成20年12月25日規則第32号

平成22年3月30日規則第5号

平成23年3月23日規則第6号

平成26年3月18日規則第6号

平成29年7月28日規則第24号

平成30年7月31日規則第10号

平成31年4月26日規則第5号

奈井江町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、奈井江町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第22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。

(一部負担金)

第2条 条例第2条第5項の規則に定める者は、受給者が満18歳に達する日(誕生日の前日)以後の最初の3月31日を越えた者で町民税課税世帯の者をいう。

2 条例第2条第5項の規則の定めにより負担する額は、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「高齢者医療確保法」という。)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(基本利用料及び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14条の規定の例により算定した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円とする。また、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。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第3条 前条第2号の場合であって受給者が条例第2条第6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。

(受給者証の交付申請)

第4条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、重度心身障害者医療費受給者証交付申請書(別記第1号様式)又はひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書(別記第2号様式)を、町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

- (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) 第2条第1項に規定する者及び満18歳に達する日(誕生日の前日)以後の最初の3月31日までの者以外の者(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ものとする。

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)

第5条 町長は、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、申請者に重度心身障害者医療費受給者証（別記第3号様式）又はひとり親家庭等医療費受給者証（別記第4号様式）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から7月31日までとする。
ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

(受給者証の再交付申請)

第6条 受給者は、受給者証を破り、よごし、又は失ったことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書（別記第5号様式）、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（別記第6号様式）を、町長に提出してその再交付を受けることができる。

(条例第4条第2項に規定する額等)

第7条 条例第4条第2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。

(助成金の交付申請)

第8条 受給者は、条例第8条第2項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとするときは、重度心身障害者医療費支給申請書（別記第7号様式）又はひとり親家庭等医療費支給申請書（別記第8号様式）を町長に提出するものとする。

(助成金の交付の決定)

第9条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、口座振込済通知書により、当該申請者に通知するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条第1項第1号の規定による届出は重度心身障害者医療変更届（別記第9号様式）又はひとり親家庭等医療変更届（別記第10号様式）により、同第2号の規定による届出は重度心身障害者医療費受給資格喪失届（別記第11号様式）又はひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（別記第12号様式）により行うものとし、当該届書には受給者証を添付するものとする。

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53年12月26日規則第10号）

この規則は、昭和54年1月1日から施行する。

附 則（昭和58年1月31日規則第2号）

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則（昭和59年12月21日規則第17号）

この規則は、昭和60年1月1日から施行する。

附 則（平成6年3月29日規則第2号）

この規則は、平成6年4月1日から施行する。

附 則（平成6年5月12日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成7年3月28日規則第3号）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成7年1月1日から適用する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の奈井江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の規定に基づき、別記第5号様式、別記第5号の2様式及び別記第6号様式により交付されている受給者証の使用については、改正後の奈井江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の規定にかかわらず、施行日から平成7年3月31日までの間使用することを妨げない。

附 則（平成13年3月22日規則第5号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。ただし、（中略）第2条中奈井江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第2条及び第3条の改正規定は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年9月27日規則第20号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年6月22日規則第12号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年9月19日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月26日規則第12号）

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に存する改正前の奈井江町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式による用紙については、所要の調整をして、当分の間、

これを使用することができる。

附 則（平成20年7月9日規則第19号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成20年12月25日規則第32号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成22年3月30日規則第5号）

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成23年3月23日規則第6号）

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成26年3月18日規則第6号）

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成29年7月28日規則第24号）

この規則は、平成29年8月1日から施行する。

附 則（平成30年7月31日規則第10号）

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

附 則（平成31年4月26日規則第5号）

この規則は、元号を定める政令（平成31年政令第143号）の施行の日から施行する。

別記第1号様式（第4条関係）

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

奈井江町役場 様

申請者 住所

氏名

印

対象者との続柄

個人番号

下記のとおり重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

記

※ 受 給 者 番 号												
中 請	対象者の状況	フリガナ								住所		
		対象者										
		生 年 月 日								(歳)		
		個 人 番 号										
	フリガナ								住所			
	世 帯 号											
	対象者との続柄											
	個 人 番 号											
内 容	身体障がい者 手帳	交付年月日		番号		身体障がいの 等 級						
		知能指数の 判定 (診 断)		交付年月日		番号		判 定		A ・ B		
	判定 (診 断)		判定(総合)年月日		判定(総合)機関名		総 合 判 定 (診 断)					
	精神福祉手帳		交付年月日		番号		精神福祉の 等 級					
	医療 保険	種 別				記 号 番 号				附加給付		有 ・ 無
		被 保 険 者 (世 帯 号)				被 保 険 者 証 発 行 機 関						
	後 期 高 齢 者		番 号				保 険 取 得 日					
添 付 書 類												
※ 決 定 制	課長		補佐		係長		係		決定年月日	年 月 日		
	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。 2. 次の理由により上記申請を却下する。											
	却下理由											

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

同意事項	制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認 されることに同意いたします。										
	申請者 住所										
	氏名										
			印								

別記第2号様式（第4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

奈井江町役場 様

申請者 住所

氏名

印

対象者との続柄

下記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。

記

※ 受給者番号											
申請内容	対象者の状況	父・母・子の別	父・母		子						
		フリガナ									
		対象者									
		生年月日	(満 歳)		(満 歳)		(満 歳)		(満 歳)		
		個人番号									
		申請者との続柄									
	同居・別居	同居・別居	同居 別居	同居・別居		同居・別居		同居・別居		同居・別居	
			居住地								
		別居の理由									
	受給資格要件の状況	父母の状況	氏名	父 (配偶者)		母					
状況			生存	死別	年 月 日	生存	死別	年 月 日			
ひとり親家庭等受給者となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄、拘禁、配偶者の障がい、両親の死亡、両親の行方不明、両親からの遺棄、その他					発生前月日 年 月 日				
医療保険		種別			記号番号			附加	有・無		
	被保険者(世帯主)			被保険者証発行機関							
	添付資料										
※ 決定権	課長	補佐		係長		係		決定年月日		年 月 日	
	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。 2. 次の理由により上記申請を却下する。										
	却下理由										

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

同意事項	制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認されることに同意いたします。 申請者 住所 氏名 印									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

別記第3号様式（第5条関係）

1 3歳未満児及び3歳以上（後期高齢者の医療の確保に関する法律非該当者）の非課税世帯の者

（表面）

（裏面）

障初		重度心身障がい者医療費受給者証											
		公費負担者 番号									受給者 番号		
受給者	住所												
	氏名									男・女			
	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													
交付年月日		年		月		日							

2 3歳以上（後期高齢者の医療の確保に関する法律非該当者）の課税世帯の者

（表面）

（裏面）

障課		重度心身障がい者医療費受給者証											
		公費負担者 番号									受給者 番号		
受給者	住所												
	氏名									男・女			
	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													
交付年月日		年		月		日							

注 意 事 項

1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払って（負担して）ください。

【北海道基準】

- | | | |
|-------------|--------------|------------------------|
| ① 医科受診の場合 | 580円 | } 初診時に限る
(初診時一部負担金) |
| ② 歯科受診の場合 | 510円 | |
| ③ 柔道整復受療の場合 | 270円 | |
| ④ 訪問看護の場合 | 診療費の1割に相当する額 | |
- (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)

【(北海道基準)上乘せ基準】

- 上記の自己負担相当額を町が助成します。
- 2 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（又は組合証）に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
 - 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。
 - 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
 - 5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
 - 6 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。
 - 7 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村長に返してください。
 - 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

注 意 事 項

1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を払って（負担して）ください。ただし、月の負担上限額は次のとおりです。

【北海道基準】

- 入院：57,600円
(ただし、過去12ヶ月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。)
- 通院：18,000円

【(北海道基準)上乘せ基準】

- 高校生まで(満18歳に達する日以後最初の3月31日まで)の者は、上記の自己負担相当額を町が助成します。
- 2 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（又は組合証）に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
 - 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。
 - 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
 - 5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
 - 6 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。
 - 7 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市町村長に返してください。
 - 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

3 後期高齢者の医療の確保に関する法律該当者の非課税世帯の者

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老初</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">重度心身障がい者医療費受給者証</div>												
		公費負担者 番号					受給者 番号							
受 給 者	住 所													
	氏 名								男・女					
	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														
交付年月日		年		月		日								

4 後期高齢者の医療の確保に関する法律該当者の課税世帯の者

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老課</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">重度心身障がい者医療費受給者証</div>												
		公費負担者 番号					受給者 番号							
受 給 者	住 所													
	氏 名								男・女					
	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														
交付年月日		年		月		日								

(裏面)

注 意 事 項

1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払って(負担して)ください。

【北海道基準】

- | | | | |
|-------------|--------------|---|----------------------|
| ① 医科受診の場合 | 580円 | } | 初診時に限る
(初診時一部負担金) |
| ② 歯科受診の場合 | 510円 | | |
| ③ 柔道整復受療の場合 | 270円 | | |
| ④ 訪問看護の場合 | 診療費の1割に相当する額 | | |
- (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)

【(北海道基準)上乗せ基準】

上記の自己負担相当額を町が助成します。

- 2 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(又は組合証)に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
- 5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- 6 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。
- 7 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から、速やかに市町村長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

(裏面)

注 意 事 項

1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を払って(負担して)ください。ただし、月の負担上限額は次のとおりです。

【北海道基準】

入院 : 57,600円

(ただし、過去12ヶ月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。)

通院 : 18,000円

- 2 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(又は組合証)に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
- 5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。
- 6 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。
- 7 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から、速やかに市町村長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

別記第4号様式 (第5条関係)

1 3歳未満児及び3歳以上の非課税世帯の者

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">親初</div>		ひとり親家庭等医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受給者	住所												
	氏名									男・女			
	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													
交付年月日		年		月		日							

2 3歳以上の課税世帯の者

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">親課</div>		ひとり親家庭等医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受給者	住所												
	氏名									男・女			
	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													
交付年月日		年		月		日							

別記第5号様式 (第6条関係)

(裏面)

注 意 事 項										
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払って(負担して)ください。</p> <p>【北海道基準】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">① 医科受診の場合</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">580円</td> <td rowspan="4" style="width: 20%; vertical-align: middle;">} 初診時に限る (初診時一部負担金)</td> </tr> <tr> <td>② 歯科受診の場合</td> <td style="text-align: right;">510円</td> </tr> <tr> <td>③ 柔道整復受療の場合</td> <td style="text-align: right;">270円</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問看護の場合</td> <td style="text-align: right;">診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)</td> </tr> </table> <p>【(北海道基準)上乘せ基準】 上記の自己負担相当額を町が助成します。</p> <p>2 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(又は組合証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 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から、速やかに市町村長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>		① 医科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)	② 歯科受診の場合	510円	③ 柔道整復受療の場合	270円	④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)
① 医科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)								
② 歯科受診の場合	510円									
③ 柔道整復受療の場合	270円									
④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)									

(裏面)

注 意 事 項	
<p>1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、診療費の1割に相当する額を払って(負担して)ください。ただし、月の負担上限額は次のとおりです。</p> <p>【北海道基準】</p> <p style="margin-left: 20px;">入院 : 57,600円 (ただし、過去12ヶ月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。)</p> <p style="margin-left: 20px;">通院 : 18,000円</p> <p>【(北海道基準)上乘せ基準】 高校生まで(満18歳に達する日以後最初の3月31日まで)の者は、上記の自己負担相当額を町が助成します。</p> <p>2 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(又は組合証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に返してください。</p> <p>4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>5 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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 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から、速やかに市町村長に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p>	

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

申請者 住所

氏名

印

受給者との続柄

個人番号

次の理由によりひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

個人番号												
申	受給者	氏名								受給者番号		
		住所										
請	再交付の理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()										
内												
容												
※	課長		補佐		係長		係		決定年月日	年	月	日
	決定	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再交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
欄	処理	下由										

(注) 申請者は、※欄に記入しないでください。

別記第7号様式 (第8条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

申請者 住所
氏名
受給者との続柄

印

重度心身障害者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。

記

申請内容	受給者	受給者番号		医療保険 記号・番号							
		住所									
		氏名		生年月日							
	医療機関	名称									
		所在地									
	診断の内容	入院別		入院・入院外		療養の期間					
		疾病の原因		療養日数 (日)							
		療養に要した費用									
	医療費の 支払方法	1. 現金払		金融機関名		銀行 支店					
		2. 口座払		口座番号		口座番号 名義人					
※決定欄	課長		補佐		係長		係		決定 年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
	支給決定	総医療費	作業負担額	高額療養費	附加給付	初診時 一部負担金	端数 調整額	支給決定額			
		却下理由									
	摘要										

※欄は記入しないでください。

別記第8号様式 (第8条関係)

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

申請者 住所
氏名
受給者との続柄

印

ひとり親家庭等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。

記

申請内容	受給者	受給者番号		医療保険 記号・番号							
		住所									
		氏名		生年月日							
	医療機関	名称									
		所在地									
	診察の内容	入院別	入院・入院外	療養の期間							
		疾病の原因	療養日数 (日)								
		療養に要した費用									
	医療費の 支払方法	1. 現金払	金融機関名	銀行		支店					
		2. 口座払	口座番号	口座名義人							
※決定権	課長		補佐		係長		係		決定 年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
	支給決定	総医療費	公費負担額	高額療養費	附加給付	初診時 一部負担金	端数 調整額	支給決定額			
		却下理由									
	摘要										

※欄は記入しないでください。

別記第9号様式（第10条関係）

重度心身障害者医療変更届

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

届出者 住所

氏名

印

受給者との続柄

個人番号

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

個人番号															
届出内容	受給者名								受給者号						
	住所	新							変更		年 月 日				
		旧													
	氏名	新							変更		年 月 日				
		旧													
	保険者	新	休養者名				記号番号			附加給付	有・無		変更		
											有・無				
		旧	被保険者(世帯主)の氏名								年 月 日				
	後期高齢者		番 号						保険取得		年 月 日				
※決定欄	課長			補充			係長			係			決 定 日	年 月 日	
	上記届出により次のとおり決定する。														
	新受給者番号														
	変更年月日								台帳整理	未・済	払戻整理	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済	

(注) 届出者は※欄は記入しないで下さい。

別記第10号様式 (第10条関係)

ひとり親家庭等医療変更届

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

届出者 住所

氏名

印

受給者との続柄

個人番号

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

個人番号															
届出内容	受給者名								受給者号						
	住所	新							変更		年 月 日				
		旧													
	氏名	新							変更		年 月 日				
		旧													
	保険者	新	保険者名				記号番号			附加給付	有・無		変更		
											有・無				
		旧	被保険者(世帯主)の氏名								年 月 日				
	後期高齢者		番 号						保険取得		年 月 日				
※決定欄	課長			補充			係長			係			決 定 日	年 月 日	
	上記届出により次のとおり決定する。														
	新受給者														
	変更年月日								台帳整理	未・済	払戻等整理	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済	

(注) 届出者は※欄は記入しないで下さい。

別記第11号様式 (第10条関係)

