

○中土佐町福祉医療費助成に関する条例

平成18年1月1日

条例第115号

改正 平成18年3月23日条例第179号

平成18年9月27日条例第217号

平成19年3月22日条例第8号

平成20年3月19日条例第4号

平成22年3月26日条例第7号

平成25年3月28日条例第22号

平成26年3月31日条例第15号

(目的)

第1条 この条例は、乳児、幼児及び児童(以下これらを「子ども」という。)並びに重度心身障害者(重度心身障害児を含む。以下同じ。)の医療費の一部を助成し、もって、これらの者の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この条例において「乳児」とは、出生の日から1歳の誕生日の前日の属する月の末日までの者をいう。

2 この条例において「幼児」とは、前項に定める者を除く1歳の誕生日の前日の属する月の翌月から、6歳に達する日以降における最初の3月末日までの者をいう。

3 この条例において児童とは、乳幼児を除く15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。

4 この条例において「重度心身障害者」とは、別表第1に定める18歳未満の者及び別表第2に定める18歳以上の者をいう。

5 この条例において「保護者」とは、親権を行う者、後見人その他の者で、子ども又は重度心身障害者を現に監護するものをいう。

6 この条例において「医療保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (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) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)

(6) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(7) 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

7 この条例において「保険給付」とは、次のものをいう。

医療保険各法に規定する療養の給付、保険外併用療養費、療養費、家族療養費、入院時食事療養費(子どもに限る。)、訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費
(助成対象者)

第3条 この条例に定める医療費の助成の対象となる者(以下「助成対象者」という。)は、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 乳児又は幼児の保護者で、次のア及びイのいずれにも該当するもの。

ア 子どもが中土佐町の区域内に住所を有する者又は国民健康保険法第116条の2の規定により中土佐町が行う国民健康保険の被保険者とされた者(他の市町村が行う医療費の助成の対象となる者を除く。)

イ 生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による扶助を受けていない者

(2) 重度心身障害者又は当該重度心身障害者の保護者であって生活保護法の規定による扶助を受けていない者で、次のアからキまでのいずれかに該当するもの。

ア 重度心身障害者が中土佐町の区域内に住所を有する者(次の(ア)から(カ)に掲げる者を除く。)

(ア) 他の市町村から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。以下「障害者総合支援法」という。)第29条又は第30条の規定による、介護給付費、訓練等給付費、特例介護給付費又は特例訓練等給付費(以下「介護給付費等」という。)の支給を受けている者

(イ) 他の市町村から身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第18条第2項及び知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第16条第1項の規定に基づき障害者支援施設等への入所等の措置が採られている者

(ウ) 他の市町村から中土佐町の区域内に設置されている障害者総合支援法第5条第26項に規定されている福祉ホームに入居している者

(エ) 他の市町村長が知的障害者福祉法第15条の4の規定により、共同生活介護又は共同生活援助にかかる障害福祉サービスの提供を受託している者

(オ) 国民健康保険法第116条の2の規定により、他の市町村の行う国民健康保険の被保険者である者

(カ) 65歳以上の高知県後期高齢者医療広域連合の行う後期高齢者医療の被保険者

である者で、他の市町村から中土佐町へ国民健康保険法第116条の2に掲げる入院、入所又は入居を理由に住所を変更したと認められる者

イ 中土佐町から障害者総合支援法第29条又は第30条の規定による、介護給付費等の支給を受けている者

ウ 中土佐町から身体障害者福祉法第18条第2項及び知的障害者福祉法第16条第1項の規定に基づき、障害者支援施設等への入所等の措置が採られている者

エ 中土佐町から他の市町村の区域内に設置されている障害者総合支援法第5条第26項に規定されている福祉ホームに入居している者

オ 中土佐町長が知的障害者福祉法第15条の4の規定により、共同生活介護又は共同生活援助にかかる障害福祉サービスの提供を委託している者

カ 国民健康保険法第116条の2の規定により、中土佐町が行う国民健康保険の被保険者である者

キ 65歳以上の高知県後期高齢者医療広域連合の行う後期高齢者医療の被保険者である者で、中土佐町から他の市町村へ国民健康保険法第116条の2に掲げる入院、入所又は入居を理由に住所を変更したと認められる者

2 助成対象者又は保護者は、規則に定めるところにより町長に申請し、助成資格について認定を受けなければならない。

(助成の額)

第4条 助成する額は、保険給付を受けるべき者が負担すべき額とする。ただし、食事療養に係る標準負担額(子どもに限る。)については、次の各号に掲げる額を助成する額とする。

(1) 医療保険各法に定める標準負担額減額認定を受けた者については、その者の負担すべき標準負担額

(2) 前号以外の者については、その者の負担すべき標準負担額の半額

(助成の期間)

第5条 助成の期間は、受給資格の要件を満たすこととなった日の属する月の初日から、受給資格の要件を欠くに至った日の属する月の末日までとする。

(助成の方法)

第6条 医療費の助成は、助成する額を保険医療機関等に支払うことによって行うことができる。ただし、高知県以外の保険医療機関等で医療を受ける場合等は、療養費扱いとする。

(他の法令との関連)

第7条 この条例による助成対象者が児童福祉法(昭和22年法律第164号)、母子保健法(昭和

40年法律第141号)、障害者総合支援法その他法令等によって、国又は地方公共団体の負担において医療の給付が行われる場合は、当該負担額の限度において助成を行わない。

(助成費の支給制限)

第8条 助成対象者が、疾病又は負傷について、損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、助成費の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した助成費の額に相当する金額を返還させることができる。

(助成費の返還)

第9条 町長は、偽りその他不正の行為によって、この条例による助成を受けた者があるときは、その者から当該助成費の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第10条 この条例に定めるもののほか、この条例の施行について必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成18年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の日の前日までに、合併前の中土佐町福祉医療費助成に関する条例(昭和49年中土佐町条例第31号)又は大野見村福祉医療費助成に関する条例(昭和49年大野見村条例第22号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成18年3月23日条例第179号)

この条例は、公布の日から施行し、平成18年1月1日から適用する。

ただし、第3条の改正規定は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成18年9月27日条例第217号)

この条例は、公布の日から施行し平成18年10月1日から適用する。

附 則(平成19年3月22日条例第8号)

この条例は、公布の日から施行し平成18年10月1日から適用する。

附 則(平成20年3月19日条例第4号)

この条例は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成22年3月26日条例第7号)

この条例は、平成22年4月1日から施行する。

附 則(平成25年3月28日条例第22号)

この条例は、平成25年4月1日から施行する。ただし、第2条及び第4条の規定は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成26年3月31日条例第15号)

この条例は、平成26年4月1日から施行する。

別表第1(第2条関係)

- 1 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に規定する1級又は2級に該当する身体障害を有するもの
- 2 児童福祉法第12条に規定する児童相談所において、重度知的障害(知能指数が、おおむね35以下)と判定された者
- 3 身体障害者福祉法施行規則別表第5号に規定する3級又は4級に該当する身体障害を有し、かつ、前号に規定する児童相談所において、中度知的障害(知能指数が、おおむね36以上50以下)と判定された者

別表第2(第2条関係)

- 1 身体障害者福祉法施行規則別表第5号に規定する1級又は2級に該当する身体障害を有する者であって、かつ、65歳に達する日の前日までに助成の申請を行い町長の認定を受けた者及び平成15年9月30日までに助成の申請を行い町長の認定を受けた者又は市町村民税非課税世帯の者
- 2 知的障害者福祉法第12条第1項に規定する知的障害者更生相談所において重度知的障害(知能指数がおおむね35以下)と判定された者であって、かつ、65歳に達する日の前日までに助成の申請を行い町長の認定を受けた者及び平成15年9月30日までに助成の申請を行い町長の認定を受けた者又は市町村民税非課税世帯の者
- 3 「市町村民税非課税世帯の者」とは、医療費の助成を受けようとする日の属する年度(助成を受けようとする日の属する月が4月から6月までの場合であっては前年度)の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税がその属するすべての世帯員に課されない者をいう。

○中土佐町福祉医療費助成に関する条例施行規則

平成18年1月1日

規則第57号

改正 平成19年7月5日規則第13号

平成20年4月1日規則第8号

平成21年2月25日規則第3号

平成22年3月26日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、中土佐町福祉医療費助成に関する条例(平成18年中土佐町条例第115号。以下「条例」という。)の施行について必要な事項を定めるものとする。

(受給資格の認定)

第2条 条例第4条に規定する助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、福祉医療費受給資格認定(変更・更新)申請書のうち、乳幼児及び障害児・者については(様式第1号)に、児童については(様式第1号の2)に条例第2条第5項各号の医療保険各法による被保険者証、受給資格者票又は組合員証(以下「被保険者証」という。)を添えて町長に提出しなければならない。ただし、条例第2条第3項に定める者のうち、65歳未満の重度心身障害者の申請にあっては障害程度を証する書類を、65歳以上の重度心身障害者の申請にあっては障害程度を証する書類及び医療費の助成を受けようとする日の属する年度(助成を受けようとする日の属する月が4月から6月までの場合にあっては前年度)の町民税の状況を証する書類を添えなければならない。

- 2 町長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査して受給資格の適否を決定し、適当と認めたときは、福祉医療費受給資格認定通知書(様式第2号)を当該申請者に交付するものとする。
- 3 第1項の規定にかかわらず、現に乳幼児医療費にかかる受給資格認定を受ける者が、有効期限の到来する日以降も引き続き条例第3条に規定する乳幼児医療費の助成対象者に該当することが公簿等により確認できる場合は、福祉医療費受給資格認定(更新)申請書(様式第1号)の提出を省略して審査を行い、適当と認めたときは福祉医療費受給資格認定通知書(様式第2号)を交付できるものとする。
- 4 町長は、第2項及び第3項の規定により資格認定を受けた者(以下「受給権者」という。)のうち75歳未満の者で、65歳未満において受給者となった者及び平成15年9月30日までに受給権者となった者で、後期高齢者医療以外の医療保険に加入している者に対しては障

害医療費受給者証(様式第3号)及び福祉医療費(療養費)助成申請書(様式第4号)を、65歳以上75歳未満の者のうち、65歳以上において受給権者となった者及び平成15年10月1日以降に65歳以上において受給権者となった者で後期高齢者医療以外の医療保険に加入している者に対しては障害医療費受給者証(様式第3号の2)及び福祉医療費(療養費)助成申請書(様式第4号)を、65歳以上の者のうち、65歳未満において受給権者となった者及び平成15年9月30日までに受給権者となった者で、後期高齢者医療の被保険者である者に対して高齢障害医療費受給者証(様式第3号の3)及び福祉医療費(療養費)助成申請書(様式第4号)を、65歳以上の者で、後期高齢者医療の被保険者である者に対して高齢障害医療費受給者証(様式第3号の4)及び福祉医療(療養費)助成申請書(様式第4号)を、乳幼児医療費の受給権者に対しては、乳幼児医療費受給者証(様式第3号の5)及び、福祉医療費助成申請書(様式第4号)を、児童医療費の受給権者に対しては児童医療費受給者証(様式第3号の6)及び福祉医療(療養費)助成申請書(様式第4号)を、それぞれ必要事項を記入して交付するとともに、次の取扱いをするものとする。

国民健康保険、各種国保組合及び後期高齢者医療(以下「国民健康保険等」という。)以外の医療保険加入の受給権者のうち、75歳未満の者にあつては様式第5号による障害福祉医療費請求書を、乳幼児医療費の受給権者にあつては様式第5号の2による乳幼児福祉医療費請求書を、児童医療費の受給権者にあつては様式第5号の3による児童福祉医療費請求書をそれぞれ必要な事項を記載して交付する。

(被保険者証の掲示等)

第3条 条例第6条本文の規定により、医療費の助成を受けようとする者は、保険医療機関等に被保険者証とともに、65歳未満の受給権者にあつては障害医療費受給者証(様式第3号)を、75歳未満の者で、65歳未満において受給者となった者及び平成15年9月30日までに受給権者となった者で、後期高齢者医療以外の医療保険に加入している者に対しては障害医療費受給者証(様式第3号)を、65歳以上75歳未満の者のうち、65歳以上において受給権者となった者及び平成15年10月1日以降65歳以上において受給権者となった者で後期高齢者医療以外の医療保険に加入している者に対しては障害医療費受給者証(様式第3号の2)を、65歳以上の者のうち、65歳未満において受給権者となった者及び平成15年9月30日までに受給権者となった者で、後期高齢者医療の被保険者である者に対して高齢障害医療費受給者証(様式第3号の3)を、65歳以上の者で、後期高齢者医療の被保険者である者に対して高齢障害医療費受給者証(様式第3号の4)を、乳幼児医療費の受給権者にあつては、同項の乳幼児医療費受給者証を、児童医療費の受給権者にあつては、同項の児童医療費受

給者証を提示しなければならない。この場合において、国民健康保険等以外の医療保険に加入の受給権者が受診するときは、65歳未満の受給権者にあつては様式第5号による障害福祉医療費請求書を、乳幼児医療費の受給権者にあつては乳幼児福祉医療費請求書を、児童医療費の受給権者にあつては児童福祉医療費請求書をそれぞれ提出しなければならない。

(療養費払い)

第4条 条例第6条第2号の規定により、療養費扱いによる医療費の助成を受けようとする者は、第2条第4項の乳幼児、児童、障害、高齢障害福祉医療費(療養費)助成申請書(様式第4号)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、助成額を決定するものとする。

3 第1項の申請書は、医療機関において現に医療を受けた日の属する月を単価とし、当該月の翌月から起算して2年以内に提出するものとする。

(変更申請書等)

第5条 受給権者又はその保護者について、住所、氏名又は加入医療保険等に変更があったときは、遅滞なく第2条に準じて町長に申請をしなければならない。

2 受給権者は、受給資格を喪失したときは、遅滞なく乳幼児、児童、障害医療費受給者証又は高齢障害医療費受給者証及び残余の乳幼児、児童、障害福祉医療費請求書を返還しなければならない。

(医療受給者証の再交付)

第6条 町長は、福祉医療費受給者証再交付申請書(様式第6号)が提出されたときは被保険者台帳と照合し、必要事項を審査確認の上医療受給者証を再交付するものとする。

(諸帳簿)

第7条 町長は、医療費の助成状況を明らかにするため必要な帳簿を備え、常に整理するものとする。

附 則

この規則は、平成18年1月1日から施行する。

附 則(平成19年7月5日規則第13号)

この規則は、公布の日から施行し、平成18年1月1日から適用する。

附 則(平成20年4月1日規則第8号)

(施行期日)

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成20年4月1日において、老人保健法改正により加入医療保険に変更が生じる助成対象者については、町長が後期高齢者医療加入の有無について確認できる場合においては、第5条第1項の規定にかかわらず、受給者からの申請なしに、町長が受給者証の変更、受給者に関する記録等の訂正を行うことができるものとする。

附 則(平成21年2月25日規則第3号)

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則(平成22年3月26日規則第4号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

乳 幼 児 障 害 高齢障害		医療費受給者資格		認定 変更 更新	申請書	※受給者番号	
対 象 者	ふりがな			生 年 月 日	男 女	年 月 日	
	氏 名						
	住 所	高知県高岡郡中土佐町					
保護者等	氏 名			対象者との続柄			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名						
	※保険種別						
	被保険者証 の記号番号						
	保 険 者 名						
変更申請 の 場 合	変更する項目	変 更 後			変 更 前		
乳 幼 児 障 害 高齢障害 医療費受給資格 認定 変更 更新 上記のとおり の申請をします。 なお、私の世帯の税額等の確認については、課税担当課長が保管している課税台帳により健康福祉課長が行うことに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 (保護者) 氏 名 ⑩ 電話番号() ー 中 土 佐 町 長 様							

(注)1 加入医療保険の被保険者証を同時にお示しください。

2 申請者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。(乳幼児のみ)

3 ※印の欄は記入しないでください。

様式第1号の2(第2条関係)

児童 医療費受給者資格		認定 変更 更新	申請書	※受給者番号	
対 象 者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名	男 女			
	住 所	高知県高岡郡中土佐町			
保 護 者 等	氏 名		対象者との続柄		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名				
	※保険種別				
	被保険者証 の記号番号				
	保 険 者 名				
変 更 申 請 の 場 合	変更する項目	変 更 後	変 更 前		
上記のとおり 児童 医療費受給資格 認定 変更 更新 の申請をします。 年 月 日 申請者 住 所 (保護者) 氏 名 ⑩ 電話番号() ー 中 土 佐 町 長 様					

(注)1 加入医療保険の被保険者証を同時にお示しください。

2 申請者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。

3 ※印の欄は記入しないでください。

様式第2号(第2条関係)

年 月 日

申請者(保護者)様

町長



乳 幼 児
児 童
障 害
高齢障害

福 祉 医 療 費 受 給 資 格 認 定 通 知 書

申請のあった福祉医療費受給資格(乳幼児、児童医療費、重度心身障害児・者医療)について、資格を有するものと認め、医療費受給者証(以下「受給者証」という。)を交付します。

なお、受給にあたり次の事項にご注意ください。

《 注 意 事 項 》

- 1 高知県内の保険医療機関等で診察を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)、受給者証及び(国保・国保組合・後期高齢以外の医療保険加入者の方は)福祉医療費請求書を窓口へ提出してください。自己負担金の公費助成が受けられます。
- 2 医療機関に自己負担金をお支払いになった場合は、町長に福祉医療費(療養費)助成申請書で申請すれば償還が受けられます。
- 3 福祉医療費請求書がなくなった場合は、町長に請求してください。
- 4 住所、氏名、加入保険などに変更があった場合は、町長にお届けください。

お問い合わせは _____ まで

(TEL : _____ / FAX : _____)

様式第3号(第2条、第3条関係)

表

障 害 医療費受給者証										(医療機関 提示用)	
公費負担番号	4	6	3	9							
受給者番号											
受給者	住 所	高知県高岡郡中土佐町									
	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		高知県高岡郡 中土佐町長									
交付年月日		年 月 日			通知番号 第 号						

裏

注 意 事 項
1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証健康手帳に添えてこの証を窓口に表示してください。標準負担額減額認定証をお持ちの方は、併せて提示してください。 3 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、速やかにこの証を市町村長に返してください。 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。
(保険医療機関へのお願い)
1 請求は、国保・国保組合加入者については老人保健法の国保用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「高齢障害福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

様式第3号の2(第2条、第3条関係)

表

裏

(サイズ13cm×9cm)

⑨		障害医療費受給者証				医療機関 提出用	
公費負担番 号		4	6	3	9		
受給者番号							
受 給 者	住 所	高知県					
	氏 名						男・女
	生年月 日	明・大・昭・平	年	月	日		
保険者番号							
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで					
発行機関名 及 び 印		高知県					
交付年月日		年 月 日		通知番号 第 号			

〈 注 意 事 項 〉

- 1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 3 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、速やかにこの証を町長に返してください。
- 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて町長に届け出てください。
- 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願ひ)

- 1 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。
- 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

様式第3号の3(第2条、第3条関係)

表

裏

(サイズ13cm×9cm)

		高齢障害医療費受給者証				医療機関 提出用	
公費負担番号		4	7	3	9		
受給者番号							
受給者	住 所	高知県					
	氏 名						男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日					
保険者番号							
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで					
発行機関名及び印		高知県					
交付年月日		年 月 日		通知番号 第 号			

〈 注 意 事 項 〉

- 1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 3 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、速やかにこの証を町長に返してください。
- 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて町長に届け出てください。
- 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へのお願い)

- 1 請求は、併用レセプトで高知県国保連合会に提出してください。
- 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

様式第3号の4(第2条関係)

表

裏

(サイズ13cm×9cm)

⑧		高齢障害医療費受給者証				医療機関 提出用	
公費負担番 号		4	7	3	9		
受給者番号							
受 給 者	住 所	高知県					
	氏 名						男・女
	生年月 日	明・大・昭・平	年	月	日		
保険者番号							
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで					
発行機関名 及 び 印		高知県					
交付年月日		年 月 日		通知番号 第 号			

〈 注 意 事 項 〉

- 1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 3 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、速やかにこの証を町長に返してください。
- 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて町長に届け出てください。
- 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。

(保険医療機関へお願い)

- 1 請求は、併用レセプトで高知県国保連合会に提出してください。
- 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

様式第3号の5(第2条関係)

表

(サイズ13cm×9cm)

㊤		乳幼児医療費受給者証				医療機関 提示用	
公費負担番号		7		3	9		
受給者番号							
受給者	住所	高知県					
	氏名						男・女
	生年月日	年 月 日					
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで					
加入医療保							
発行機関名 及び印		高知県 中土佐町長					
交付年月日		年 月 日					

裏

(注 意 事 項)	
1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に提示してください。 3 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、速やかにこの証を市町村長に返してください。 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。	
(保険医療機関へのお願い)	
1 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「乳幼児福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。	

様式第3号の6(第2条関係)

表

(サイズ13cm×9cm)

㊤		児童医療費受給者証		医療機関 提 示 用	
公費負担番号	7		3	9	
受 給 者 番 号					
受 給 者	住 所	高知県			
	氏 名				男・女
	生年月日	年 月 日			
有 効 期 限	年 月 日から 年 月 日まで				
発 行 機 関 名 及 び 印	高知県 中土佐町長				
交 付 年 月 日	年 月 日				

裏

(注 意 事 項)
1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、自己負担金の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持してください。 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口に提示してください。 3 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、速やかにこの証を市町村長に返してください。 4 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市町村長に届け出てください。 5 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。
(保険医療機関へお願い)
1 請求は、国保・国保組合加入者については併用レセプト、それ以外の医療保険加入者は「児童福祉医療請求書」で高知県国保連合会に提出してください。 2 診療の際は「有効期限」についてのチェックを必ずしてください。

様式第4号(第2条、第4条関係)

決 裁						受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決定	年 月 日
						支給	年 月 日
助 成 内 訳	保険診療 合計金額		控 除 額			交付決定額	
			法定負担額	他方負担額	計		
	円		円	円	円	円	円
乳 幼 児 児 童 障 害 高齢障害 福祉医療費(療養費)助成申請書 中土佐町長 様 申請者 住所 (保護者) 氏名 年 月 日 ㊟ 次のとおり福祉医療費(療養費)の助成を申請します。							
受給者番号				被保険者証 記 号 番 号			
対 象 者	氏名	男・女		加 入 保 険	被保険者氏名		
	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			保険種別		
領 収 書							
診療月		年 月 分		診療を受けた人		本人・家族(家族の氏名：)	
保険診療合計点数		点		一部負担金領収額		円	
保険診療分について、上記のとおり領収しました。 年 月 日 保険医療機関等の所在地、名称、代表者等 ㊟							

(注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等をいったん支払い、その後で各町長から助成を受ける場合に使います。申請は診療月ごとに、次の要領によってください。

- 健康保険法第44条など医療保険各法が療養費扱いの場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」又はその写し、あるいは保険者の証明を添えて申請して下さい。(下欄の記入不要)
- 県内で被保険者証を提示したが福祉医療費請求書を持参しなかった場合：下の欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けてください。
- 県外で被保険者証により診療を受けた場合：前項のように、この用紙に領収事項についての記入を受けるか、同じ内容の領収書を添えてください。

障害福祉医療費請求書																				
中土佐町長 様																				
年 月 日																				
医療機関等の所在地及び名称 開設者名																				
年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。																				
公費負担者番号	4	6	3	9							給付割合	保険者番号								
受給者番号												被保険者証記号番号								
受給者氏名		フリガナ																		男 ・ 女
区分	入外	実日数 (処方回数)			点数						金額				備考					
入院	1										点					円	※平成15年10月分診療分からは、食事療養費の助成は廃止されました。			
食事											円									
入院外	2										点					円				
※入院・通院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。																				

- 【受給者の取扱】
- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
- 【医療機関等にお願ひ】
- この記載においては、電算打ちでも受付します。
 - この請求書は、社保福祉医療費46(障害)の請求です。国保連合会に提出願ひます。

様式第5号の2(第2条、第3条関係)

㊦ 乳 幼 児 福 祉 医 療 費 請 求 書															
中 土 佐 町 長 様															
年 月 日															
医療機関等の所在地及び名称 開設者名															
㊧															
年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。															
公費負担者番号										給付割合					
受給者番号										被保険者証記号番号	—				
受給者氏名										フリガナ					男 ・ 女

区分	入外	実日数	点 数		金 額	備 考								
			(食事：福祉医療請求額)											
入院	1													
食事														
入院外	2													

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱い】

- 1 県内の保険医療機関で保険に自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
- 2 この用紙がなくなった場合は、市町村長に請求してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 1 この記載においては、電算打ちでも受け付けます。
 - 2 医療機関コードは、ゴム印を押してください。
 - 3 この請求書は、社保福祉医療費(乳幼児)の請求です。国保連合会に提出してください。
- ※氏名のフリガナは、市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。

様式第5号の3(第2条、第3条関係)

医療機関等コード

⑤ 児 童 福 祉 医 療 費 請 求 書																													
中 土 佐 町 長 様																													
															年 月 日														
															医療機関等の所在地及び名称 開設者名					⑥									
年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。																													
公費負担 者 番 号																給付 割合		保険者番号											
受 給 者 番 号																		被保険者証 記 号 番 号		—									
受給者氏名		フリガナ																		男・女									
区 分		入 外		実日数				点 数 (食事：福祉医療請求 額)				金 額				備 考													
入 院		1																											
食 事																													
入 院 外		2																											

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱い】

- 1 県内の保険医療機関で保険に自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。
- 2 この用紙がなくなった場合は、市町村長に請求してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 1 この記載においては、電算打ちでも受け付けます。
 - 2 医療機関コードは、ゴム印を押してください。
 - 3 この請求書は、社保福祉医療費(児童)の請求です。国保連合会に提出してください。
- ※氏名のフリガナは、市町村が過誤依頼をする場合に記入するものです。

様式第6号(第6条関係)

年 月 日

乳 幼 児
児 童 医療費受給者証再交付申請書
障 害
高齢障害

中土佐町長 様

住所 中土佐町 番地
申請者 氏名 印

次の理由により受給者証の再発行を申請します。

公費負担番号		受給者証添付	有 ・ 無
受給者番号			
理由	紛失、破損、汚損	世帯主	
再交付	年 月 日	受給者氏名	

様式第1号(第2条関係)

様式第1号の2(第2条関係)

様式第2号(第2条関係)

様式第3号(第2条、第3条関係)

様式第3号の2(第2条、第3条関係)

様式第3号の3(第2条、第3条関係)

様式第3号の4(第2条関係)

様式第3号の5(第2条関係)

様式第3号の6(第2条関係)

様式第4号(第2条、第4条関係)

様式第5号(第2条関係)

様式第5号の2(第2条、第3条関係)

様式第5号の3(第2条、第3条関係)

様式第6号(第6条関係)