

○高島市老人福祉医療費助成条例施行規則

平成17年1月1日

規則第76号

改正 平成20年3月24日規則第14号

平成26年7月7日規則第55号

(趣旨)

第1条 この規則は、高島市老人福祉医療費助成条例(平成17年高島市条例第166号。以下「条例」という。)の施行に関して必要な事項を定めるものとする。

(附加給付の取扱い)

第2条 助成対象者は、助成対象者が附加給付を行う定めのある保険者または共済組合の組合員または被扶養者であるときは、受給券の交付申請と同時に附加給付返還確約書(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

2 助成対象者は、医療の給付を受けた助成対象者に係る附加給付を当該保険者または共済組合から支給されたときは、市長が別に定める方法により、当該給付を受けた附加給付に相当する額を市長に返還しなければならない。

(条例第3条第4項の規則で定める額)

第3条 条例第3条第4項の規則で定める額は、地方税法(昭和25年法律第226号)による市町村民税を課せられない額とする。

(受給券の申請)

第4条 条例第4条第1項に規定する受給券(様式第2号)の交付申請をしようとする者は、老人福祉医療費受給券交付申請書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(受給券の更新)

第5条 受給券は、条例第3条第4項の規定に該当しないことを確認するため、有効期間を定めるものとする。

2 低所得老人である助成対象者は、受給券の有効期間の満了後も引き続き老人福祉医療費の助成を受けようとするときは、当該受給券の有効期間満了の2か月前から1か月前までの間に老人福祉医療費受給券更新申請書(様式第3号)に受給券を添えて市長に提出し、更新を受けることができる。

(受給券の再交付)

第6条 受給券の交付を受けた者は、受給券を破損し、汚損し、または亡失したときは、老人福祉医療費受給券再交付申請書(様式第4号)を市長に提出し、再交付を受けることがで

きる。

- 2 受給券を亡失した者は、受給券の再交付を受けた後、亡失した受給券を発見したときは、直ちにこれを市長に返還するものとする。

(受給券の返還)

第7条 受給券を受けた者は、次のいずれかに該当するときは、速やかに市長に受給券を返還しなければならない。

- (1) 助成対象者でなくなったとき。
- (2) 条例第3条第4項の規定により助成されない者となったとき。

(助成の申請)

第8条 条例第5条第1項の規定による申請は、老人福祉医療費助成申請書(様式第5号)に当該医療に要した費用の額を証する書類、その他市長が必要と認める書類を添えて行うものとする。

- 2 助成対象者が、滋賀県外の保険医療機関等において医療給付を受けたとき、または医療保険各法の規定に基づく療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給の対象となる医療の給付を受けたときで、前項の申請をしようとする場合には、医療保険各法の規定に基づき、保険者または共済組合の当該医療に要した費用に関する療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給決定通知書またはこれに代る証明書を添えて行うものとする。

(老人福祉医療費の支払)

第9条 市長は、前条第1項および第2項の規定により老人福祉医療費助成申請書の提出があったときは、当該助成すべき金額を申請者に支払うものとする。

(支払の特例)

第10条 市長は、条例第6条の規定に基づき、保険医療機関等から、医療を受けた助成対象者が当該保険医療機関等に支払うべき費用の診療報酬請求書(医科・歯科)、訪問看護療養費請求書、調剤報酬請求書、国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書(様式第6号)または福祉医療費請求書(連名簿)(様式第7号)を受理したときは、当該請求書に基づき、当該助成すべき額に相当する金額を当該保険医療機関等に支払うものとする。

(支払方法)

第11条 市長は、条例第6条および前条の規定により、保険医療機関等に支払うべき額の支払に関する事務を、滋賀県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(届出)

第12条 条例第9条第1項に規定する規則で定める変更は、次に定めるとおりとする。

- (1) 助成対象者の居住地および氏名
- (2) 保険者または共済組合の名称または所在地
- (3) 保険給付の内容
- (4) 附加給付の有無

2 条例第9条第1項の届出は、老人福祉医療費助成対象者等届出書(様式第8号)によるものとする。

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、老人福祉医療費の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

(施行期日)

1 この規則は、平成17年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前のマキノ町老人福祉医療費助成条例施行規則(昭和57年マキノ町規則第10号)、今津町老人福祉医療費助成条例施行規則(昭和58年今津町規則第3号)、朽木村老人福祉医療費助成条例施行規則(昭和58年朽木村規則第1号)、安曇川町老人福祉医療費助成条例施行規則(昭和57年安曇川町規則第12号)、高島町老人福祉医療費助成条例施行規則(昭和57年高島町規則第15号)または新旭町老人福祉医療費助成に関する条例施行規則(昭和57年新旭町規則第12号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

付 則(平成20年3月24日規則第14号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

付 則(平成26年7月7日規則第55号)

この規則は、平成26年8月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

※ 受給券記号 符号番号	福祉番号	受給者番号

年 月 日

高島市長

住 所
氏 名



附 加 給 付 返 還 確 約 書

(助成対象者名)

が高島市の福祉医療費助成制度の対象となる医療の給付

(被保険者名)

を受けたときは、家族療養費附加金相当額を に
代って医療機関等に支払ってください。

(保険者等の名称)

なお、 から家族療養費附加金を支給されたときは、
さきに医療機関等に支払っていただいた家族療養費附加金相当額を高島市の指定される
方法により返還することを確約します。

- (注) 1 ※印欄は記入しないでください。
2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第2号(第4条関係)

(表)

㊦ 滋賀県内のみ有効			
㊧ 福祉医療費受給券			
福 番	社 号	受 給 者 番 号	
受 給 者	居 住 地		
	氏 名		
	生 年 月 日		
有 期	効 間	年 月 日から	年 月 日まで
発 行 機 関 の 長 お よ び 印	滋賀県高島市長		
交 年 月 日	付 日		
自 己 負 担 割	合		

高島市役所 TEL 0740-25-8000

(裏)

注 意 事 項

- 1 この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担金(ただし、健康保険法または高齢者の医療の確保に関する法律の規定の例による一部負担金を除く。)を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証または組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- 3 この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関に届け出てください。
- 4 この券を破損し、汚損し、または亡失したときは、市長から再交付を受けてください。
- 5 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに市長へ返してください。
- 6 この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代および室料差額等の経費は、公費負担されません。
- 7 この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福祉医療費助成番号

県 事 業	42	65～74歳老人
市 町 村 事 業	48	老人

氏名	男女別	生年月日	現住所	加入医療保険		所得状況の要否
				記号番号・保険者名・所在地	附の有無	
① 本人	男・女	年月日		記号番号 所在地	保険者名	有・無
② 配偶者	男・女	年月日		記号番号 所在地	保険者名	有・無
③ 扶養義務者	男・女	年月日		記号番号 所在地	保険者名	有・無

所得状況	施設対象者の所得状況	配偶者の所得状況	③の扶養義務者の所得状況
① 施設対象者および扶養義務者の合計数(うち障害・老人扶養義務者の数)	人 (障害者) (老人)	人 (障害者) (老人)	人 (障害者) (老人)
② 前年の所得額	円	円	円
雑所得	円	円	円
医療費	円	円	円
社会保険料等相当額	円	円	円
小規模企業共済等掛金	円	円	円
③ 障害者(特別障害者を除く)である施設対象者および扶養義務者の合計数	人	人	人
特別障害者である施設対象者および扶養義務者の合計数	人	人	人
障害者、特別障害者、老年者、寡婦(夫)、勤労学生等の別	障害者 人 特別障害者 人	障害者 人 特別障害者 人	障害者 人 特別障害者 人
地方税法附則第6条第1項の規定に係る所得額	円	円	円
本年の災害	円	円	円
控除後の所得額	円	円	円
市町村民税	市課税、課税	市課税、課税	市課税、課税

上記のとおり老人福祉医療費支給券の { 交付 / 更新 } を申請します。
年 月 日

住所
申請者 氏名

㊟

高島市長
○裏面の注意をよく読んでください。
○捺印欄は記入しないでください。
○ご本人が署名する場合は、捺印は不要です。

(裏)
注 意

この用紙は、老人福祉医療費受給券交付申請書または老人福祉医療費受給券更新申請書を提出する際に使用してください。
受給券の交付申請をする場合には、標題の更新の字句を抹消して提出してください。

また、受給券の更新申請をする場合には、標題の交付の字句を抹消して提示してください。

①の欄

「本人」欄には、助成対象者本人について記入してください。

「加入医療保険」欄には、持っておられる医療保険証により記号番号、保険者名、所在地を記入してください。

なお、附加給付の有無については、該当するものを○で囲んでください。(更新申請の場合は、記入する必要はありません)

②の欄

「配偶者」欄には、①の欄「本人」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。

なお、一世帯に老夫婦2人が、医療費の給付を受けようとするときは、「本人」欄と本欄の両方に記入することにより改めて申請書を提出する必要はありません。

③の欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者(本人)の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。

④の欄

「控除対象配偶者および扶養親族の合計数(うち障害・老人扶養親族の数)」欄には、所得税法に定める控除対象配偶者および扶養親族の合計数を記入してください。

なお、所得税法に定める障害・老人扶養親族があるときは、その人数を()内に再掲してください。

⑤の欄

「前年の所得額」欄には、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、長期・短期譲渡所得金額および土地等に係る事業所得等の金額の合計額を記入してください。

なお、所得の額がないときは、「なし」と記入してください。

⑥の欄

1) 「雑損」「医療費」「社会保険料等相当額」「小規模企業共済等掛金」欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、社会保険料控除、小規模企業共済等掛金控除を受けたときに、それぞれの控除額を記入してください。

2) 「障害者(特別障害者を除く。)」である控除対象配偶者および扶養親族の合計数」欄には、④の欄の控除対象配偶者および扶養親族のうち地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

3) 「特別障害者である控除対象配偶者および扶養親族の合計数」欄には、④の欄の控除対象配偶者および扶養親族のうち地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。

4) 「障害者・特別障害者・老年人・寡婦(夫)・勤労学生の別」欄には、地方税法に定める特別障害者以外の障害者もしくは特別障害者、老年人、寡婦(夫)または勤労学生であるときに該当するものを○で囲んでください。

5) 「地方税法附則第6条第1項の免除に係る所得額」欄には、地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を記入してください。

6) 「本年の災害」欄には、その所得が生じた年の翌年の1月1日以後に災害により生じた地方税法(以下「税法」という)第314条の2第1項第1号に規定する損失の金額の合計額が、その所得の額の10分の1に相当する額(税法第314条の2第1項第1号に掲げる場合において、その額が同号に掲げる額に満たないときは、同号に掲げる額)を超えるに至ったときは、その超えるに至った日後に受けた医療に係る医療費については、同年の1月1日から当該医療を受けた日の前日までの間に災害により生じた税法第314条の2第1項第1号に規定する損失の金額の合計額(次の各号に掲げる場合には、その合計額から当該各号に掲げる額を控除した額)をその所得の額から控除するものとする。

1 その所得の額から控除すべき、雑損控除額に相当する額がある場合において、当該雑損控除額の計算の基礎となった損失の金額があるとき、その金額の合計額

2 前号に規定する雑損控除額に相当する額がない場合その所得の額の10分の1に相当する額

様式第4号(第6条関係)

<p>老人福祉医療費受給券再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>高島市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 ①</p> <p>老人福祉医療費受給券を } 汚損 破損 亡失 しましたので再交付されたく申請します。</p>				
助成対象者	受給券	福祉番号	受給者番号	
	居住地			
	氏名		生年月日	年 月 日
保護者	住所 (居住地)			
	氏名			
再交付申請の理由				

- (注) 1 汚損、破損した受給券を添付してください。
 2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第5号(第8条関係)

科 歯 高島市長	老人福祉医療費助成申請書	医 科 年 月 日
住 所 申請者 氏 名		
①		
老人福祉医療費助成条例施行規則第8条の規定により、老人福祉医療費の助成をされたく申請します。		
助 成 申 請 額	金	円
受 療 年 月	年 月 日 分 (入院・通院)	
受 給 券	福祉番号	受給者番号
助成対象者氏名		
保 険 者 名		
摘 要		
添付事項 1 2 3		
(注) ※印欄は記入しないでください。		※ 支払決定額 円

様式第6号(第10条関係)

国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書

登録記号番号 _____

年 月 分 下記のとおり請求する。

年 月 日

保 険 者 番 号				

所在地
施 術 所 名 称
電 話 番 号

保険者
市 町

柔道整復師 氏 名

		件数	実日数	金 額	一部負担金
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上8割)	請求 91			
		※決定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 81			
		※決定			
	一般被保険者	請求 71			
		※決定			
	一般被保険者 (未就学児)	請求 31			
		※決定			
	本人	請求 851			
		※決定			
	70歳以上 8割	請求 971			
		※決定			
	70歳以上 7割	請求 871			
		※決定			
	被扶養者	請求 771			
		※決定			
	未就学児	請求 371			
		※決定			
後期高齢者 9割	請求 93				
	※決定				
後期高齢者医療 7割	請求 83				
	※決定				
福祉医療費	請求 401				
	※決定				

備考

- 1 この用紙は、クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。
- 3 福祉医療費には、福祉医療にかかるものを記入してください。

様式第7号(第10条関係)

No. _____

福祉医療費請求書(産名簿)		事業区分 処理区分		医療機関 所在地 名称 開設者 氏名		医療機関コード								
社保用 年月日 年月日		月分下記のとおり請求する。		①		点数表 区分								
区分	受給者氏名	保険者番号 被保険者証記号	福祉番号 被保険者証番号	受給者番号	診 年 月	給付 割合	本 家 日 数	請求点数 (保険の場合 は割増)	薬剤一部負 担金(未整 の場合は一 部負担金)	一部負担金 (未整の場 合は請求金 額)	公 費 対 象 点 数	公費対象 薬剤一部 負担金	公費対象 患者負担 額	長 公
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
合		計		作		数								

様式第8号(第12条関係)

老人福祉医療費助成対象者等届出書		
年 月 日		
高島市長		
届出者	住所 氏名 印	
老人福祉医療費助成条例施行規則第12条の規定により変更届をします。		
受 給 券	福祉番号 受給者番号	
変更 および 届出 事項	助成対象者	現住所
		氏名
	保険者等	名称
		所在地
		保険給付の内容
		附加給付の変更
		理由
	第三者行為の負傷	1 相手方の { 住所 氏名 2 第三者行為の発生状況の概要 3 相手方の費用負担率 未定 確定(割)

(注) ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第3号(第4条、第5条関係)

様式第4号(第6条関係)

様式第5号(第8条関係)

様式第6号(第10条関係)

様式第7号(第10条関係)

様式第8号(第12条関係)