

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則の一部を改正する規則

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則（平成22年久喜市規則第121号）の一部を次のように改正する。

第3条第1項に次のただし書きを加える。

ただし、条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者のうち2級の障がいを有するものが提出する申請書は、重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（精神通院医療費）（様式第1号の2）のとおりとする。

第3条第2項第3号を次のように改める。

（3）個人番号カード（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第7項に規定する個人番号カードをいい、被保険者情報が記録されているものに限る。）その他の被保険者情報が確認できるもの

第3条第5項中「（様式第1号の2）」を「（様式第1号の3）」に改める。

第4条第1項ただし書きを次のように改める。

ただし、条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者のうち1級の障がいを有するものに交付する受給者証は様式第2号の2のとおりとし、同号に規定する重度心身障害者のうち2級の障がいを有するものに交付する受給者証は久喜市重度心身障害者医療費受給者証（精神通院医療費）（様式第2号の3）のとおりとする。

第4条第6項第1号を次のように改める。

（1）新規に身体障害者手帳（条例第2条第1項第1号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。次号において同じ。）、療育手帳（条例第2条第1項第2号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。第3号において同じ。）又は精神障害者保健福祉手帳（条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。第4号において同

じ。) の交付を受け、当該手帳の交付日の翌日から起算して 6 月以内に条例第 6 条第 1 項の申請をしたとき 当該手帳の交付日
第 4 条第 6 項第 3 号中「前 2 号」を「前 6 号」に改め、同号を同項第 7 号とし、同項第 2 号中「前号の規定による交付を受けた者」を「前 5 号に規定する者」に改め、同号を同項第 6 号とし、同項第 1 号の次に次の 4 号を加える。

(2) 身体障害者手帳の再認定により等級が変更され、当該手帳の再認定の翌日から起算して 6 月以内に条例第 6 条第 1 項の申請をしたとき 再認定日

(3) 療育手帳の再判定により等級が変更され、当該手帳の再判定日の翌日から起算して 6 月以内に条例第 6 条第 1 項の申請をしたとき 再判定日

(4) 精神障害者保健福祉手帳の更新により等級が変更され、当該手帳の更新の日の翌日から起算して 6 月以内に条例第 6 条第 1 項の申請をしたとき 更新の日

(5) 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）別表で定める程度の障害の状態にある旨の認定（条例第 2 条第 1 項第 4 号又は第 5 号に規定する重度心身障害者が受ける認定に限る。）を受け、当該認定を受けた日までに条例第 6 条第 1 項の申請をしたとき 当該認定を受けた日

第 4 条に次の 1 項を加える。

7 第 5 項の規定にかかわらず、対象者が次の各号のいずれかに該当し受給資格が消滅する場合は、当該各号に規定する日を受給者証の有効期限とする。

(1) 身体障害者手帳の再認定により等級が変更され、条例第 2 条第 1 項第 1 号に規定する重度心身障害者に該当しなくなったとき 当該再認定日の前日又は再認定前の手帳に記載された再認定年月の末日のいずれか早く到達する日

(2) 療育手帳の再判定により等級が変更され、条例第 2 条第 1 項第 2 号に規定する重度心身障害者に該当しなくなったとき 当該再判定日の前日又

は再認定前の手帳に記載された再認定年月の末日のいずれか早く到達する日

- (3) 精神障害者保健福祉手帳の更新により等級が変更され、条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に該当しなくなったとき 当該更新日の前日又は更新前の手帳に記載された有効期限のいずれか早く到達する日
- (4) 条例第3条の対象者に該当しなくなったとき (前3号に規定する者を除く。) その該当しなくなった日の前日

第5条第1項ただし書を次のように改める。

ただし、条例第2条第1項第3号に規定する者のうち2級の障害を有するものについては重度心身障害者医療費請求書（精神通院医療費）（様式第6号）により行うものとし、条例第2条第1項第4号及び第5号に規定する者については重度心身障害者医療費請求書（後期高齢者医療障害認定者）（様式第6号の2）により行うものとする。

様式第1号（表）中「申請者」を「提出者」に改め、同様式（裏）中「印」を削る。

様式第1号の2を様式第1号の3とし、様式第1号の次に次の1様式を加える。

様式第1号の2 (第3条関係)

(表)

受給者証番号

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書 (精神通院医療費)

年 月 日

久喜市長 あて

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合		本店・支店	提出者 住所 氏名 (電話)
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定により、次のとおり申請します。

受給者	ふりがな 氏名			住 所								
	生年月日				年 月 日				申請者との続柄			
	個人番号											
	本年1月1日の住所	都 道 市 区 府 県 町 村				住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、 その市区町村を記入してください。						
	昨年1月1日の住所	都 道 市 区 府 県 町 村										
	障害の状況	精神障害者	精神手帳番号					程度	2級			
保護者	氏名				受給者 との続柄							
	住 所				電 話							
加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名			申請者 との続柄		住 所						
	保険種別	協・組・船・共・国・後			記号番号							
	名 称				所在地							
	附加給付	有・無	支給基準									
自立支援医療	受給者番号					自己負担上限額						
	有効期間	年 月 日			~	年 月 日						
	指定医療機関①											
	指定医療機関②											
	指定医療機関③											
申請事由発生 年 月 日	年 月 日			申 請 理 由								

(裏)

同 意 書

資格認定及び医療費助成支給決定のため、私の住民基本台帳及び市税課税台帳、障害の状況等の情報、保険資格及び保険給付、自立支援医療の受給資格及び給付等の情報について、市長が今後必要な範囲内で、保有している公簿の確認や関係機関への照会を行うことに同意します。

年 月 日

(対象者)

住所

氏名

(保護者又は後見人、社会保険の場合は被保険者)

住所

氏名

(対象者との続柄)

様式第2号の2の後に次の1様式を加える。

様式第2号の3(第4条関係)

		(表)	後期高齢	社保	国保
精神		久喜市重度心身障害者 県内現物 医療費受給者証 (直接払) (精神通院医療費)			
自立支援医療(公費21)が適用された診療 に限り対象となります。 自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に提示してください。					
公費負担者番号					
受給者証番号					
受給者	氏名				
	住所				
保護者	生年月日	年 月 日			
	氏名	受給者との続柄			
保護者	住所				
	有効期間	年 年	月 月	日から 日まで	
対象医療機関					
限度額					
年 月 日					
久喜市長			印		

※ (裏面注意事項をお読みください。)

(裏)					
注意事項					
<ol style="list-style-type: none"> この受給者証は、久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、自立支援医療(精神通院医療)の自己負担額について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。 この受給者証は、受診の都度、<u>自立支援医療の受給者証</u>とあわせて医療機関の窓口に提示してください。 現物給付を行わない医療機関で受診した場合、自立支援医療の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口に提出してください。 当市からの転出後は、本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めるのでご注意ください。 他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。 次の場合は必ず当市に届出をしてください。 <ol style="list-style-type: none"> (1)転出や死亡などで資格が喪失したとき。 (2)住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。 (3)他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなつたとき。 (4)障害程度に変更があったとき。 (5)その他、登録内容に変更が生じたとき。 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに当市に返却してください。 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。 					
*** 医療機関の方へ ***					
<ol style="list-style-type: none"> 自立支援医療(公費21)の受給者証を必ず確認してください。 本制度の現物給付によりご本人の自己負担がなかった場合でも、自立支援医療の<u>自己負担上限額管理票</u>への記入は必要となります。 					
<本制度の助成範囲>					
公費 21 公費 84					
医療保険 (7割)		自立支援医療 (2割)		本制度 (1割)	
※ 入院費、内科・外科等の一般診療に係る通院費は対象外です。					
問い合わせ先		久喜市		課	
				電話	

様式第4号から様式第6号までの規定中「申請者」を「提出者」に改め、同様式を様式第6号の2とし、様式第5号の次に次の1様式を加える。

重度心身障害者医療費請求書(精神通院医療費)

年 月 日

久喜市長 あて

住 所

提出者 氏 名

電 話 ()

下記のとおり久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第1項の規定に基づき請求します。

受 給 者	受 給 者 記 番 号		加入 医療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	
	ふ り が な			記 号 番 号	
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日		名 称	

(注) 上記請求書欄は、提出者が記入してください。医療機関等、診療月、外来ごとにそれぞれ作成し、医療機関等の発行する領収書を添付してください。

診療科	科	外来	調剤
領 収 書			
¥			
ただし、年 月分の保険診療一部負担金 —保険及び自立支援医療の対象とならない費用を含まない—			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
年 月 日 様			
所在地(住所) 医療機関 名 称 氏 名			
印			

(注) 1 医療機関等の発行する領収書を紛失した場合や領収書にお名前や保険診療総点数等が記入されていない場合には、医療機関等で上記領収書欄を記入してください。
2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
3 ※は記入不要です。

※ 処 理 欄	保 険 診 療 一 部 負 担 金		支 給 額
	受付日 年 月 日	支給日 年 月 日	円

様式第8号中「申請者」を「提出者」に、

「

等級 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
	<input type="checkbox"/> Ⓐ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> 1級

」を

「

等級 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
	<input type="checkbox"/> Ⓐ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級

」に改める。

附 則

この規則は、令和8年1月1日から施行する。