

岩倉市障害者医療費支給条例施行規則（昭和49年2月7日規則第1号）

最終改正:令和5年3月23日規則第17号

改正内容:令和5年3月23日規則第17号 [令和5年4月1日]

○岩倉市障害者医療費支給条例施行規則

昭和49年2月7日規則第1号

改正

昭和54年12月28日規則第15号
昭和56年10月1日規則第11号
昭和58年1月31日規則第3号
平成7年3月31日規則第11号
平成7年9月29日規則第20号
平成11年3月24日規則第3号
平成17年3月24日規則第4号
平成18年3月24日規則第6号
平成19年12月28日規則第29号
平成22年3月30日規則第7号
平成24年1月26日規則第1号
平成24年4月11日規則第28号
平成25年3月29日規則第10号
平成27年3月31日規則第18号
平成30年12月21日規則第32号
平成31年3月27日規則第10号
令和5年3月23日規則第17号

岩倉市障害者医療費支給条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、岩倉市障害者医療費支給条例(昭和48年岩倉市条例第27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。

(心身障害者の要件)

第2条 条例第2条の心身障害者は、次の要件に該当する者でなければならない。

(1) 条例第2条第1号及び第2号の身体障害者手帳所持者とは、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号。以下「法」という。)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者であること。

(2) 条例第2条第3号の知的障害者とは、次の機関等で判定を受けた者であること。

ア 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第12条第1項に規定する児童相談所

イ 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第12条第1項に規定する知的障害者更生相談所

(3) 条例第2条第4号の自閉症状群と診断された者とは、精神科の医師の診断を受けた者であること。

(社会保険各法)

第3条 条例第3条の規定による規則で定める法律は、次のとおりとする。

(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) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)

(4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)

(受給者証の交付申請)

第4条 条例第3条に規定する受給資格者(条例第5条第2項の規定による精神障害の入院医療に係る医療費の支給を受けようとする者を除く。)は、あらかじめ、障害者医療費受給者証交付・更新申請書(様式第1)を市長に提出し、条例第6条に規定する受給者証(様式第2)の交付を受けなければならない。ただし、条例第3条に規定する受給資格者のうち、条例第2条第5号に係る者は受給者証(様式第2)の交付を、同条第6号に係る者は受給者証(様式第2)の3)の交付を受けなければならない。

2 前項の申請には、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者若しくは社会保険各法による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であることを証する被保険者証若しくは組合員証その他条例第3条に規定する受給資格者であることを明らかにする書類を提示し、又は添えなければならない。

3 市長は、第1項の申請があつた場合において、その者が受給資格者であることを確認したときは、受給者証を交付するものとする。

4 受給者証の有効期間は、前項に規定する確認があつた日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となつた日)から、その者が受給資格者でなくなる日(以下「有効期限」という。)までとする。

5 前項において、有効期限が定められていない場合は、開始日以後3回目に到来する7月31日を有効期限とする。

(受給者証の更新申請等)

第5条 受給者は、有効期限の後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ、障害者医療費受給者証交付・更新申請書を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

2 前項の申請には、前条第3項から第5項までの規定を準用する。この場合において、同条第4項中「前項に規定する確認があつた日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となつた日)」とあるのは、「前回の受給者証に係る有効期限の翌日」と読み替えるものとする。

3 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、当該受給者証を、速やかに、市長に返還しなければならない。

(受給資格喪失の届出)

第6条 受給資格者がその資格を喪失したときは、速やかに、障害者医療費受給資格喪失届(様式第3)に受給者証を添付して市長に届け出なければならない。

(受給者証の再交付)

第7条 受給資格者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第4)を市長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2 前項の申請書を提出する場合において、破損し、又は汚損した受給者証を添えなければならない。

3 受給資格者は、受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

(医療費の請求)

第8条 医療機関等は、条例第7条第1項の規定により医療費の支払を受けようとする場合は、市長に請求しなければならない。

(支給方法の特例)

第9条 条例第7条第2項に規定する特別な理由があると認めるときは、次の各号のいずれかに該当するときとする。

(1) 国民健康保険法又は社会保険各法の規定により、受給資格者に係る療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給されたとき。

(2) 前号に定める場合のほか、市長が特別に必要があると認めたとき。

2 受給資格者は、条例第7条第1項ただし書及び第2項の規定により医療費の支給を受けようとするときは、障害者医療費支給申請書(様式第5)を市長に提出しなければならない。

3 前項の申請書には、第1項第1号に該当する場合にあつては療養費又は家族療養費の支給額を証する書類を、同項第2号及び条例第7条第1項ただし書に該当する場合にあつては医療機関等の発行する領収書を添付しなければならない。

(支給額の決定)

第10条 市長は、第8条の規定による請求又は前条第2項の規定による申請があつたときは、支給額を決定し、通知しなければならない。

(届出)

- 第11条 支給資格者は、条例第5条第1項に規定する医療費の給付を行う国民健康保険法若しくは社会保険各法の保険者若しくは共済組合に変更を生じたとき又は当該保険者若しくは共済組合の名称若しくは住所に変更を生じたとき及び当該医療の給付の内容に変更を生じたときは、条例第8条の規定により、受給者証を添えて、障害者医療費受給資格変更届（様式第6）を市長に提出しなければならない。
（第三者行為による傷病届）
- 第12条 障害者医療費の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときは、障害者医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、速やかに、第三者行為による傷病届（様式第7）により市長に届け出なければならない。
（医療費に関する処分の通知）
- 第13条 市長は、条例第9条に規定する障害者医療費の支給に関する処分をする場合は、文書をもってその内容及び理由を申請者に通知しなければならない。
（雑則）
- 第14条 この規則に定めるもののほか、医療費の支給に関し必要な事項は市長が別に定める。
- 附 則
この規則は、公布の日から施行し、昭和48年10月1日より適用する。
- 附 則（昭和54年規則第15号）
この規則は、公布の日から施行する。
- 附 則（昭和56年規則第11号）
この規則は、昭和56年10月1日から施行する。
- 附 則（昭和58年規則第3号）
この規則は、昭和58年2月1日から施行する。
- 附 則（平成7年規則第11号）
この規則は、平成7年4月1日から施行する。
- 附 則（平成7年規則第20号）
この規則は、公布の日から施行し、平成7年7月1日から適用する。
- 附 則（平成11年規則第3号）
この規則は、平成11年4月1日から施行する。
- 附 則（平成17年規則第4号）
この規則は、平成17年4月1日から施行する。
- 附 則（平成18年規則第6号）
（施行期日）
- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定は、施行日以後に医療機関等において受けた診療について適用し、同日前に受けた診療については、なお従前の例による。
附 則（平成19年規則第29号）
この規則は、平成20年4月1日から施行する。
附 則（平成22年規則第7号）
（施行期日）
- 1 この規則は、平成22年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、第4条の改正規定及び様式第2の次に1様式を加える改正規定は、公布の日から施行する。
（経過措置）
- 2 改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定は、施行日以後に医療機関等において受けた診療等について適用し、同日前に受けた診療等については、なお従前の例による。
附 則（平成24年1月26日規則第1号）
この規則は、平成24年4月1日から施行する。
附 則（平成24年4月11日規則第28号）
（施行期日）
- 1 この規則は、公布の日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
附 則（平成25年3月29日規則第10号）
（施行期日）
- 1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
附 則（平成27年3月31日規則第18号）
この規則は、平成27年4月1日から施行する。
附 則（平成30年12月21日規則第32号）
（施行期日）
- 1 この規則は、公布の日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際現に改正前の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則（以下「改正前の規則」という。）の規定に基づいて交付された受給者証は、改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定に基づいて交付された受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の規則に基づいて作成されている様式は、改正後の規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
附 則（平成31年3月27日規則第10号）
この規則は、公布の日から施行する。
附 則（令和5年3月23日規則第17号）
（施行期日）
- 1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、この規則による改正後の岩倉市障害者医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

様式第1（第4条、第5条関係）

障害者医療費受給者証 交付更新 申請書		年 月 日	
岩 倉 市 長 殿			
申請者		住 所	
		氏 名	
		電話番号	
次のとおり障害者医療費受給者証を 交付更新 してください。			
受給資格者	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	続 柄	住 所
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		附加給付等の有無 有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	< 保 険 者 番 号 >	所 在 地
障害区分			
手帳等	記 号 番 号		
	交 付 年 月 日	再 判 定 日	
交付事由	1 手帳交付 2 転 入 3 再 判 定	受給者番号	
	4 その他() (交付事由発生年月日)		
備考			

様式第2（第4条関係）

愛知県内のみ有効		
障 害 者 医 療 費 受 給 者 証		
受給者番号		
受給者	住 所	愛知県岩倉市
	氏 名	
	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	愛知県 岩 倉 市 長	
交付年月日	年 月 日	

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 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(又は組合員証)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つたときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名又は居住地に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市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つたときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第2の2（第4条関係）

愛知県内のみ有効		
精 障害者医療費受給者証 (全 疾 病)		
受給者番号		
受 給 者	住 所	愛知県岩倉市
	氏 名	
	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	愛知県 岩 倉 市 長 印	
交付年月日	年 月 日	

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、医療機関の窓口へ提出してください。

注意事項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 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(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名又は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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第2の3（第4条関係）

愛知県内のみ有効		
 障害者医療費受給者証 (精神通院医療のみ有効)		
受給者番号		
受給者	住所	愛知県岩倉市
	氏名	
	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	愛知県 岩倉市長印	
交付年月日	年 月 日	

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、医療機関の窓口へ提出してください。

注意事項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 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(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名又は居住地に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市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つたときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第3（第6条関係）

障害者医療費受給資格喪失届			年 月 日	
岩 倉 市 長 殿				
申請者 住 所				
氏 名				
電話番号				
次のとおり障害者医療費の受給資格を喪失しました。				
受給者	住 所		事 由 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ 転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者資 格取得 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()	
	フリガナ			
氏 名				
加入 医療 保険	被 保 険 者	氏 名		
		住 所		
	被保険者証の 記 号 番 号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			
	所 在 地			
	給 付 の 内 容 (附 加 給 付 等)			
その他 ()				
備 考		証回収・未回収		

※該当する□の中にレ印を記入してください。

様式第4（第7条関係）

障害者医療費受給者証再交付申請書	
年 月 日	
岩倉市長 殿	
住 所 申請者 氏 名 電話番号	
次のとおり障害者医療費受給者証を交付してください。	
受 給 者 番 号	
受 給 者	住 所
	フリガナ
	氏 名
	生 年 月 日
申 請 理 由	
※再 交 付 年 月 日	年 月 日

※の欄は記入しないでください。

様式第5（第9条関係）

障害者医療費支給申請書					
					年 月 日
岩 倉 市 長 殿					
申請者 住 所 氏 名 電話番号					
受給者番号	氏 名			生 年 月 日	
区 分	入院 ・ 入院外	傷 病 名			
療 養 期 間	年 月 日から		年 月 日まで		
医 療 機 関	(所在地)				
	(名 称)				
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号					
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					
金 融 機 関 名	支店番号	支店名	口座種別・番号	口座名義人(カナ)	
医療費総額	他法負担額	自己(一部) 負担割合	自己(一部) 負担額	附加等	支給決定額
円	円		円	円	円

様式第6（第11条関係）

障害者医療費受給資格変更届		年 月 日	
<p>岩 倉 市 長 殿</p> <p style="margin-left: 200px;">住 所</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者</p> <p style="margin-left: 150px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 150px;">電話番号</p> <p>次のとおり障害者医療費の受給資格に変更がありました。</p>			
区 分	変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所		変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()
	フリガナ 氏 名		
加入医療保険	被保険者 氏 名		
	住 所		
	被保険者証の 記 号 番 号		
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		
	所 在 地		
	給 付 の 内 容 (附 加 給 付 等)		
その他 ()			
備 考			証回収・未回収

※該当する□の中にレ印を記入してください。

様式第7（第12条関係）

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
（被 保 険 者 名 等）	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	保険者名	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日	
		住所 / 電話	〒 電話番号 ()	
（受 診 者）	受給者番号			
	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日	届出者との関係 電話番号 ()	
	住所 / 電話	〒		
（第 三 者）	氏 名	ふりがな 氏 名	電話番号 ()	
	住所 / 電話	〒		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	<input type="checkbox"/>	
（自 賠 責 保 険）	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏 名	車台番号	
	登録番号 / 車台番号	登録番号		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〒	担当部署 電話番号 ()	
	取扱店所在地 / 電話	〒	E-mail	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名		
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	住所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 電話番号 ()	
	治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〒	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 電話番号 ()
住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名 〒	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 電話番号 ()	
		③ 診療機関名 〒	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 電話番号 ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	