

○高浜市精神障害者医療費支給条例施行規則

平成19年12月28日

規則第59号

(趣旨)

第1条 この規則は、高浜市精神障害者医療費支給条例（平成19年高浜市条例第18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。

(社会保険各法)

第2条 条例第3条に規定する規則で定める法令は、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3条 条例第6条第1項又は第2項の規定により精神障害者医療費の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費受給者証交付・更新、受給資格認定申請書（様式第1）に受給資格を有することを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合において、その者の受給資格を確認したときは、精神障害者医療費受給者証（様式第2。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

3 受給者証の有効期間は、前項の規定による確認があっ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を有しない場合は、受給資格を取得した日）から、その者が受給資格を喪失する日（以下「有効期限日」という。）までとする。ただし、市長が必要と認めるときは、この限りでない。

(令2規則53・一部改正)

(受給者証の更新申請等)

第4条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）が、有効期限日後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ精神障害者医療費受給者証交付・更新、受給資格認定申請書に有効期限日後も引き続き受給資格を有することを証する書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- 2 前項の規定による申請があった場合は、前条第2項及び第3項の規定を準用する。この場合において、同条第3項中「前項の規定による確認があっ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を有しない場合は、受給資格を取得した日）」とあるのは「前回の有効期限日の翌日」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。

（令2規則53・一部改正）

（受給者証の再交付申請）

- 第5条 受給者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、精神障害者医療費受給者証再交付申請書（様式第3）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 受給者証を破損し、又は汚損した場合の前項の規定による申請には、その受給者証を添えるものとする。
 - 3 受給者は、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、速やかにこれを市長に返還しなければならない。

（受給資格認定書）

- 第5条の2 条例第6条第3項の規定により精神障害者医療費の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費受給者証交付・更新、受給資格認定申請書に受給資格を有することを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。
- 2 市長は、前項の規定による申請があった場合において、その者の受給資格を確認したときは、精神障害者医療費受給資格認定書（様式第4）を交付するものとする。
 - 3 前項の認定書の有効期間は、入院日、前項の規定による確認があった日の属する月の初日又は受給資格を取得した日のいずれか遅い日から、退院日又は受給資格を喪失する日のいずれか早い日までとする。ただし、市長が必要と認めるときは、この限りでない。

（令2規則53・追加）

（精神障害者医療費の支給申請）

- 第6条 条例第9条第1項ただし書及び同条第3項の規定により精神障害者医療費の支給を受けようとする者は、福祉医療支給申請書（様式第5）を市長に提出しなければならない。
- 2 前項の申請書には、当該医療について条例第6条第1項から第

3 項までに規定する医療に関する給付が行われたことを証する書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要と認める書類を添えなければならない。

(平 2 9 規則 2 5 ・ 令 2 規則 5 3 ・ 一部改正)

(届出事項)

第 7 条 条例第 1 0 条第 1 項に規定する規則で定める事項は、次のとおりとする。

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 条例第 6 条第 1 項から第 3 項までに規定する医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団（以下この号において「保険者等」という。）又は当該保険者等の名称若しくは事務所の所在地若しくは当該医療の給付の内容

(4) 国民健康保険法（昭和 3 3 年法律第 1 9 2 号）による被保険者である受給者にあつては、その者の属する世帯の同法に規定する世帯主若しくは組合員又は当該世帯主若しくは組合員の住所若しくは氏名若しくは被保険者証の記号番号

(5) 第 2 条に規定する社会保険各法による被扶養者である受給者にあつては、受給者が被扶養者となっている被保険者、組合員若しくは加入者（以下この号において「被保険者等」という。）又は当該被保険者等の住所若しくは氏名若しくは被保険者証、組合員証若しくは加入者証の記号番号

(令 2 規則 5 3 ・ 一部改正)

(変更の届出)

第 8 条 条例第 1 0 条第 1 項に規定する受給資格者は、前条各号に掲げる事項に変更があつたときは、当該変更のあつた日から起算して 1 4 日以内に精神障害者医療費受給資格（変更・喪失）届（様式第 6）に当該変更のあつたことを証する書類を添えて、市長に届け出なければならない。

(令 2 規則 5 3 ・ 一部改正)

(資格喪失の届出)

第 9 条 受給者は、条例第 3 条若しくは第 4 条第 1 項の規定に該当しなくなったとき、条例第 5 条の規定に該当するに至ったとき又は条例第 6 条第 1 項若しくは第 2 項の精神障害者に該当しなくな

ったときは、速やかに精神障害者医療費受給資格（変更・喪失）届により、市長に届け出なければならない。

（令 2 規則 5 3 ・ 一部改正）

（受給者証の添付）

第 1 0 条 受給者は、前 2 条の規定による届出をする場合は、受給者証を添えなければならない。ただし、受給者証を添えることができない理由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証に代えることができる。

（第三者行為の届出）

第 1 1 条 精神障害者医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、精神障害者医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、第三者の行為による被害届（様式第 7）により、速やかに市長に届け出なければならない。

（令 2 規則 5 3 ・ 一部改正）

（添付書類の省略）

第 1 2 条 市長は、この規則により申請書又は届書に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

（精神障害者医療費に関する処分の通知）

第 1 3 条 市長は、精神障害者医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者又は届出人に通知しなければならない。

（雑則）

第 1 4 条 この規則に定めるもののほか、条例の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則 抄

（施行期日）

1 この規則は、平成 2 0 年 4 月 1 日から施行する。

（高浜市障害者医療費支給条例施行規則の一部改正）

2 高浜市障害者医療費支給条例施行規則（昭和 5 9 年高浜市規則第 3 1 号）の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

附 則（平成 2 9 年規則第 2 5 号）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成 2 9 年 4 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各規則の規定に基づいて作成されている様式で残存するものについては、この規則による改正後の各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（令和 2 年規則第 5 3 号）

- 1 この規則は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の高浜市精神障害者医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている様式で残存するものについては、改正後の高浜市精神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（令和 3 年規則第 1 8 号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の各規則の規定に基づいて作成されている様式で残存するものについては、この規則による改正後の各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3条、第4条、第5条の2関係）

精神障害者医療費 受給者証交付・更新 申請書 受給資格認定				
※太線枠の中をご記入ください。				
受給者証番号				
受給資格者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
医療保険加入状況	記号	番号		
	被保険者	氏名		続柄
		住所		
	認定期間			
	保険者番号			
	保険者名称			
申請事由	1. 新規 2. 転入（ ・ ） 3. 生保廃止 4. その他（ ）			
精神障害者保健福祉手帳の状況	手帳番号		等級	級
	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 末日		
自立支援医療受給者証（精神通院）の状況	公費負担者番号		受給者番号	
	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 末日		
確認公簿名等				
年 月 日				
(宛先) 高 浜 市 長				
上記のとおり精神障害者医療費受給者証の交付・更新、受給資格の認定を申請します。 資格認定等において、精神障害者保健福祉手帳若しくは自立支援医療受給者証の交付状況の調査又は公簿の閲覧が必要なときは同意します。 なお、助成を受けた額について保険者等より給付を受けたときは返還します。 また、今後医療機関等の受領委任について承諾します。				
申請者	住所	□受給資格者に同じ		
	氏名			
	電話			
本人確認				

様式第2（その1）（第3条関係）
（表）

		愛知県内のみ有効	
精		精神障害者医療費受給者証 （全疾病入通院有効） ※自立支援医療（精神通院）の指定医療機関においては、21公費優先	
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印		愛知県 高浜市長 印	
交付年月日			

（裏）

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（又は組合員証等）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。（精神通院医療の場合は、自立支援医療受給者証も添付すること。） 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、住所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。
（問い合わせ先）

様式第2（その2）（第3条関係）
（表）

		愛知県内のみ有効	
		精神障害者医療費受給者証 (障害者総合支援法の精神通院医療のみ有効)	
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印		愛知県 高浜市長 印	
交付年月日			

（裏）

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（又は組合員証等）及び自立支援医療受給者証に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。 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、住所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。	
(問い合わせ先)	

様式第3（第5条関係）

精神障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者	受給者番号			
	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
申請理由	☐ 汚損			
	☐ 破損			
	☐ 紛失			
	事情をお書きください。 ----- ----- -----			
再交付年月日		年	月	日
上記のとおり受給者証の再交付を申請します。 年 月 日 (宛先) 高 浜 市 長				
申請者	住所	☐ 受給者に同じ		
	氏名			
	電話			
本人確認				

様式第4 (第5条の2関係)

精神障害者医療費受給資格認定書		
受給資格番号		
受給者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
有 効 期 間		
入院医療機関		
上記の者は、高浜市精神障害者医療費支給条例第6条第3項の規定により、医療費の助成を受けられる者であることを認めます。		
年 月 日		
愛知県高浜市長		印

注意事項

- 1 この認定書は、高浜市精神障害者医療費支給条例により、精神障害者医療費の助成を受けられる者であることを証明するものですから、大切に保管してください。
- 2 医療費の自己負担分は、保険医療機関等の窓口で支払ってください。
- 3 精神障害者医療費の支給申請をするときは、保険医療機関等の領収書を添付して、市長に支給申請書を提出してください。
- 4 退院その他の理由により受給資格がなくなったときは、この認定書を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。
- 5 氏名、住所に変更があったときは、この認定書を添えて、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 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。

様式第5 (第6条関係)

福祉医療（子・障・母・精・福） 支給申請書

[illegible]

※下記の欄は記入しないでください。

総 医 療 費 (総点数×10)	法 定 割 合	保険給付費	公費負担額	高額療養費 附 加 給 付	支給決定額	係 印

本人確認	
------	--

様式第6（第8条、第9条関係）

精神障害者医療費受給資格（変更・喪失）届

受給者証番号				
受給者	(変更・喪失)		変更前	理由
フリガナ				1 変更 ☐ 氏名の変更 ☐ 転居 ☐ 医療保険加入状況の変更 ☐ その他 () 上記理由発生年月日 (. .)
氏名				
生年月日	年 月 日			
住所				
医療保険の加入状況	(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)			2 喪失 ☐ 死亡 ☐ 転出 ☐ 医療保険加入者資格の喪失 ☐ その他 () 上記理由発生年月日 (. .)
	(被保険者、組合員又は世帯主の住所)			
	(被保険者証、組合員証の記号番号)			
	(被保険者、組合員又は世帯主の続柄)			
	保 険 者	名 称		
		番 号		
		所 在 地		
障 害 の 状 況	障 害 区 分 ・ 病 名 等		手 帳 番 号	
上記のとおり関係書類を添えて届けます。				
年 月 日				
(宛先) 高 浜 市 長				
届 出 者	住 所	☐ 受給者に同じ		
	氏 名			
	電 話			
本人確認				

第三者の行為による被害届

注意 この届に次の書類を添付して提出してください。

- 1 交通事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 委任状兼同意書（被害者）
4 誓約書（加害者）

様式第 1 (第 3 条、第 4 条、第 5 条の 2 関係)

(令 3 規則 1 8・全改)

様式第 2 (その 1) (第 3 条関係)

(令 2 規則 5 3・全改)

様式第 2 (その 2) (第 3 条関係)

(令 2 規則 5 3・全改)

様式第 3 (第 5 条関係)

(令 3 規則 1 8・全改)

様式第 4 (第 5 条の 2 関係)

(令 2 規則 5 3・全改)

様式第 5 (第 6 条関係)

(令 3 規則 1 8・全改)

様式第 6 (第 8 条、第 9 条関係)

(令 3 規則 1 8・全改)

様式第 7 (第 1 1 条関係)

(令 3 規則 1 8・全改)