

改正

平成30年6月1日規則第10号

令和3年3月22日規則第5号

御代田町福祉医療費給付金条例施行規則

御代田町医療費特別給付金条例施行規則（昭和49年規則第3号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この規則は、御代田町福祉医療費給付金条例（平成15年条例第16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。

（受給者証の交付申請及び交付）

第2条 条例第4条第1項の規定による受給者証の交付申請は、御代田町福祉医療費給付金受給者証交付申請書（様式第1号）によるものとする。この場合には、医療保険に係る被保険者証又は組合員証及び支給要件に該当することを証する書類を提示しなければならない。

2 町長は、前項の規定により福祉医療費給付金（以下「給付金」という。）の支給を受けることができる者（以下「受給者」という。）であることを確認したときは、受給者資格を登録のうえ、福祉医療費受給者証（様式第2号の1及び第2号の2。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

（支給申請）

第3条 条例第8条第1項の規定による支給申請は、御代田町福祉医療費給付金支給申請書（様式第3号。以下「支給申請書」という。）によるものとする。

（給付金の支給）

第4条 町長は、前条の支給申請書を受理したときは、その内容を審査のうえ、支給の可否を決定し、受給者が指定した金融機関の口座に振り込むものとする。

（届出の義務）

第5条 受給者は、次の各号のいずれかに該当する事実が発生したときは、直ちに御代田町福祉医療費給付金受給者証交付申請書（様式第1号）を町長に届出なければならない。

- （1） 受給資格者に該当しなくなったとき。
- （2） 住所、氏名及び加入医療保険に変更があったとき。
- （3） 受給者証を紛失又は毀損したとき。

(補則)

第6条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が定める。

附 則

(施行期日)

この規則は、平成15年7月1日から施行する。

附 則 (平成30年6月1日規則第10号)

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

附 則 (令和3年3月22日規則第5号)

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

附 則 (令和4年12月15日規則第20号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第 1 号

様式第 1 号（第 2 条、第 5 条関係）

御代田町福祉医療費給付金

（申請先）御代田町長

- ☐ 受給者証交付申請書
- ☐ 受給資格等変更申請書
- ☐ 受給者証再交付申請書

受給者	住 所	御代田町大字
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	

資格区分	☐ 子ども ☐ 母子家庭等（ ☐ 母 ・ ☐ 子 ） ☐ 父子家庭（ ☐ 父 ・ ☐ 子 ）
	☐ 身体障害者手帳（ ☐ 1 級 ・ ☐ 2 級 ・ ☐ 3 級 ・ ☐ 4 級 ）
	☐ 65歳以上国民年金法施行令別表に該当する障害
	☐ 療育手帳（ ☐ A1 ・ ☐ A2 ・ ☐ B1 ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 1 級
	☐ 精神保健福祉法該当（ ☐ 精神障害者保健福祉手帳 2 級、3 級 ・ ☐ 障害年金受給 ）

加入 医療保険	記号・番号		被保険者氏名	
	保険者名称			

振込先	銀行・信金・農協							支店（所）		
	口座番号							口座名義人 カナのみ		

委任状	なお、給付金の受領については、口座名義人に委任します。（未成年者以外で受給者と名義人が異なる場合） 受給者 氏名
-----	---

私は、福祉医療費給付金の受給資格の承認・変更及び福祉医療費給付金の支給・返還のために、御代田町が資格要件及び世帯状況・税務資料等の確認、医療保険各法の保険給付者の資格等に関する情報の確認を行うことについて同意します。
また、本申請をもって翌年度以降の更新申請も併せて行ったものとみなしてください。

受給者 世帯員	氏名	マイナンバー												

上記のとおり福祉医療費受給者証の交付等を申請します。	
年 月 日	□受給者と同じ
申請者	住 所
氏 名	受給者との続柄 ()
電話番号	

○以下記入不要（役場審査用）

事由発生日	年 月 日	審査日	年 月 日			
事由	新規 ・ 出生 ・ 転入 ・ 転出 ・ 転居 保険変更 ・ 口座変更 ・ 資格変更 紛失 ・ 資格 ・ 喪失 ・ 死亡 ・ 更新 その他 ()	審査内容	住民基本台帳 ・ 課税台帳 ・ 障害者手帳等台帳 母子台帳 ・ 外登 ・ 福祉医療受給者台帳 保険証 ・ 通帳 ・ その他 ()			
処理	窓口交付 ・ 郵送 ・ 返還	課長	係長	確認審査	入力・発行	受付
	年 月 日					

様式第2号の1
表面

		福祉医療費受給者証											
		市町村番号						事業番号				/	
受給者番号													
受 給 者	居 住 地	長野県											
	氏 名												
	生年月日	年			月			日					
有 効 期 間		年			月			日から					
		年			月			日まで					
摘 要													
発行機関名 及 び 印		長野県											
交付年月日		年			月			日					

注 意 事 項

- 1 この証は、長野県内（及び一部隣接県）の保健医療機関等において受診したときに、役場で手続を行わなくても福祉医療費給付金の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。
- 2 保険医療機関等に受診するときは、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を窓口にならず提示し、保険の自己負担分を支払ってください。
- 3 長野県外の保険医療機関等に受診したときや、この証を提示しないで受診したときは、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険診療証明書又は領収書等を添えて役場に福祉医療費給付金の支給申請をしてください。
- 4 この証の記載事項に変更があったときは、14 日以内にこの証を持参のうえ、役場に届け出てください。
- 5 転出等により受給者資格がなくなったり、有効期間が経過したときは、速やかにこの証を役場に返納してください。
- 6 保険の自己負担分が高額療養費の支給対象となるときや、保険者から附加給付が支給されるときは、役場で手続が必要となる場合があります。
- 7 貸付制度を利用するには、町長の認定を受けることが必要で、手続も通常と異なりますので、担当課窓口にご相談ください。

様式第2号の2
表面

現物		児		福祉医療費受給者証				
公費負担者番号								
受給者番号								
受給者	居住地	長野県						
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
自己負担金	入院							
	通院							
	保険調剤							
	訪問看護							
	柔道整復施術療養費							
	入院時食事療養費							
摘要								
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで						
交付年月日		年 月 日						

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、福祉医療費の助成を受けられることを証明するものですので、大切に保管してください。
- 2 長野県内の保険医療機関（調剤薬局・訪問看護ステーション含む）を受診するときは、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの受給者証を、受診の都度、必ず窓口に提示してください。
また、小児慢性特定疾病医療、未熟児養育医療、自立支援医療（更生医療・精神通院医療・育成医療）、難病医療など、他の公費負担医療の適用となる場合には、この受給者証と被保険者証に併せて、それぞれの公費負担医療の受給者証を必ず提示してください。
- 3 医療費の一部は自己負担となりますので、この受給者証に記載された額を医療機関等の窓口で支払ってください。
- 4 氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、この受給者証を添えてその旨を役場へ届け出てください。
- 5 長野県外の保険医療機関等でこの証が使えなかった場合は、領収書（保険診療が確認できるもの）の交付を受け、町長に医療費の給付を申請してください。
- 6 受給資格がなくなったとき、又は有効期間が満了したときは、この受給者証を使用することができませんので、速やかに返還してください。
- 7 次の場合は、福祉医療費の助成対象となりません。
 - (1) 日本スポーツ振興センター「災害共済給付制度」を利用して医療機関で受診するとき。
 - (2) 精密健康診査により委託医療機関を受診するとき。
 - (3) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき。
 - (4) 保険が適用とならない診療を受けたとき。
- 8 偽り、その他不正にこの受給者証を使用することはできません。

様式第3号

御代田町福祉医療費給付金支給申請書

御代田町長 様

年 月 日

申請者

住所

氏名

電話番号

下記により福祉医療費給付金の支給申請をします。

年 月 診療分

受給者	住所														
	フリガナ 氏名										生年月日			年	月
資格区分	事業番号			受給者番号											
	公費負担者番号	83 ・ 85 ・ 87			受給者番号										
加入保険 の状況	保険の種類	国 ・ 協 ・ 組 ・ 共 ・ 建国 ・ 後						記号・番号							
	保険者名称							被保険者							

※医療機関が発行した領収書を添付してください。領収書がない場合は、下記に医療機関の証明を受けてください。（申請の期限：診療月から2年以内）

医療 機関	診療月		年	月	診療科名		科
	診療区分		入院 ・ 外来		入院・診療日数		日
	診療報酬総点数 ・ 調剤報酬点数						点
	一部負担金額 ・ 訪問看護利用料						円
	公費負担制度適用		特定疾病医療 ・ 更生医療 ・ 育成医療 ・ 養育医療 ・ 精神保健法 ・ その他()				
	その他		※点数と一部負担金額(自己負担分)は必ず記入してください。				
	(医療機関名・証明)		上記の診療点数等について証明します。 年 月 日 (医療機関名)				

○以下記入不要(役場審査用)

役場	受付	年	月	日	費用総額						円
	支給月	年	月		自己負担額						円
	処理確認				一部負担額						円
					付加給付金						円
					福祉医療費支給額						円