

四日市市告示第478号

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

平成27年12月7日

四日市市長 田中俊行

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱の一部を改正する要綱

四日市市65歳以上障害者医療費給付補助金交付要綱（昭和58年四日市市告示第7号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(給付対象者)</p> <p>第2条 (略)</p> <p>2及び3 (略)</p> <p>4 市長は前項の規定に基づき、給付対象者の資格が適当と認めるときは、給付対象者に医療受給資格認定通知書（第2号様式。以下「認定通知書」という。）を交付する。</p> <p><u>(受給資格の認定期間等)</u></p> <p>第3条 認定通知書の有効期間の始期は、次の各号に定めるところによる。ただし、市長がやむを得ない事由があると認めるときは、この限りでない。</p> <p>(1) 毎年9月1日（新たに第2条第1項各号に掲げる条件を満たす場合（以下この項において「新規該当」という。）を除く。）</p> <p>(2) 新規該当の場合は、給付対象者の資格について認定した日（以下この号において「認定日」という。）が新規該当の日から1箇月以内のときは、当該新規該当の日とし、当該認定日が新規該当の日から1箇月を超えたときは、当該認定日の属する月の初日とする。</p> <p>2 認定通知書の有効期間の終期は、毎年8月31日とする。</p>	<p>(給付対象者)</p> <p>第2条 (略)</p> <p>2及び3 (略)</p>

改正後	改正前
<p><u>(給付対象者の資格の更新)</u></p> <p><u>第4条</u> 市長は、<u>第2条に規定する認定通知書の有効期間が満了する場合において、引き続き、給付対象者の資格が適当と認めるときは、医療受給資格認定通知書（第3号様式）を交付することができる。</u></p> <p><u>第5条</u> (略)</p> <p><u>第6条</u> (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 市長は、前項の決定をしたときは、65歳以上障害者医療費給付決定通知書（<u>第4号様式</u>）により給付対象者に通知し、決定した給付額を給付対象者に交付するものとする。</p> <p>4及び5 (略)</p> <p><u>(調整)</u></p> <p><u>第7条</u> 市長は、次の各号に該当するときは、<u>給付を受けた額の限度において、医療費の給付の額の全部若しくは一部を支払わないこととし、又は既に支払った医療費の給付の額の全部若しくは一部を返還させることができる。</u></p> <p>(1) <u>給付対象者が疾病又は負傷に関し、損害賠償を受けたとき</u></p> <p>(2) <u>医療費の給付をすべきでないにもかかわらず、医療費の給付としての支払いが行なわれたとき</u></p> <p><u>(届出事項)</u></p> <p><u>第8条</u> 給付対象者は、<u>条例第3条第3号に規定する障害者の配偶者及び扶養義務者の状況に変更があったときは、四日市市65歳以上障害者医療に関する申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。</u></p>	<p><u>第3条</u> (略)</p> <p><u>第4条</u> (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 市長は、前項の決定をしたときは、65歳以上障害者医療費給付決定通知書（<u>第2号様式</u>）により給付対象者に通知し、決定した給付額を給付対象者に交付するものとする。</p> <p>4及び5 (略)</p>

改正後	改正前
<p><u>第9条 給付対象者がその資格を喪失したときは、四日市市65歳以上障害者医療受給資格喪失届（第5号様式）を添えて、速やかに市長に届け出なければならない。</u></p> <p><u>（返還）</u></p> <p><u>第10条 市長は、給付対象者が偽りその他不正の行為によってこの要綱による医療費の給付を受けたと認めたときは、第6条の規定に基づき支払った額の全部又は一部を返還させることができる。</u></p> <p>（補則）</p> <p><u>第11条</u> （略）</p>	<p>（補則）</p> <p><u>第5条</u> （略）</p>

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

四日市市65歳以上障害者医療に関する申請書

平成 年 月 日

四日市市長

下記のとおり65歳以上障害者医療費について申請します。

申請の種類		<input type="checkbox"/> 受給資格の認定 <input type="checkbox"/> 金融機関の変更 <input type="checkbox"/> 助成金の交付 <input type="checkbox"/> 配偶者の変更 <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更											
申請者 (給付対象者)	ふりがな									住所	四日市市		
	氏名										印		
	生年月日	年	月	日	性別								
	個人番号											電話 ()	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 以下、添付の被保険者証のコピーのとおり												
	記号・番号							資格取得日	平成	年	月	日	
	保険者の名称	後期高齢者医療広域連合						保険者番号					
振込口座	<input type="checkbox"/> 障害者医療と同じ口座												
	銀行	支店	預金種別	店番号				ふりがな 口座名義人					
	金庫	支所	普通	口座番号									
	農協	出張所											
助成金の交付 (住所地特例用)	診療年月	平成	年	月分	医療機関名				金額 (保険適用分のみ)	円	※領収書の添付が必要です		

(注) 太枠の中についてご記入ください。

申請者（給付対象者）の方以外のご家族について、裏面にご記入ください。

第2号様式（第2条関係）

様

四日市市長

医療受給資格認定通知書

年 月 日付けで申請のありました障害者医療費受給資格について

下記のとおり認定しましたので通知します。

受給者番号	
氏 名	
住 所	
生年月日	
有効期間	
そ の 他	

第2号様式の次に次の3様式を加える。

第3号様式（第4条関係）

様

四日市市長

医療受給資格認定通知書

年 月 日付けで更新を行います障害者医療費受給資格について

下記のとおり認定しましたので通知します。

受給者番号	
氏 名	
住 所	
生年月日	
有効期間	
そ の 他	

第4号様式（第6条関係）

様

四日市市長

65歳以上障害者医療費給付決定通知書

先に申請のありました65歳以上障害者医療費給付補助金
について、右記のとおり決定しましたので通知します。

65歳障害 医療費	受給者番号	
-----------	-------	--

振 込 先						
	診療月	医療機関	入院 外来	振込金額		
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
合 計	件		円			
申請月	年	月	振込日	年	月	日

第5号様式(第9条関係)

四日市市65歳以上障害者医療受給資格喪失届

年 月 日

四日市市長

住所 四日市市

申請者 氏名

印

電話

次の理由により受給資格を喪失したので、届出します。

受給者番号			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
資格喪失の理由	1 他市町村に転出 (転出年月日) 年 月 日 (転出先) 2 死亡 (死亡年月日) 年 月 日 3 その他		
資格喪失年月日	年 月 日		

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

(健康福祉部障害福祉課)