

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年11月15日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第77号

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則
四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則（平成13年四日市市規則第31号）の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

四日市市 障害者医療費受給資格認定申請書

四日市市長

以下のとおり障害者医療費受給資格の認定を受けたく申請します。

年 月 日

申請者 (対象者)	ふりがな											住所	四日市市				
	氏名												電話	()			
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女									
	個人番号 (マイナンバー)																
加入医療保険	ふりがな											住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	氏名												電話	()			
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女									
	個人番号 (マイナンバー)																
保険者等の 確認方法	<input type="checkbox"/> 添付の被保険者証（または資格確認書）のコピーのとおり																
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する⇒ 国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険（社保） ・ 共済組合（公務員） ・ その他																
振込口座	銀行	支店		普通	店番号	ふりがな											
	金庫	支所			口座番号	口座名義人											
農協	出張所																

代理申請 のとき	代理 申請者 氏名					続柄	代理申請 者住所	電話	()	
-------------	-----------------	--	--	--	--	----	-------------	----	-----	--

配偶者	ふりがな											住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	氏名												電話	()			
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女									
市外 宛名番号 ()	個人番号 (マイナンバー)																

配偶者以外 の同居の親族 (扶養義務者)	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
	氏名						氏名					
	個人番号 (マイナンバー)						個人番号 (マイナンバー)					
	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
	氏名						氏名					
	個人番号 (マイナンバー)						個人番号 (マイナンバー)					
	ふりがな					続柄	ふりがな					続柄
氏名						氏名						
個人番号 (マイナンバー)						個人番号 (マイナンバー)						

同意書	この認定に際し、私及び配偶者、扶養義務者の世帯情報、所得・課税状況、住所要件、医療保険加入状況等の必要事項を四日市市が調査・使用することに同意します。																
	また、助成を受けるために医療機関並びに、加入医療保険の保険者に対して四日市市が私の受診状況等について調査することを承諾します。																
	年 月 日																
	氏 名																
	印 (自署又は 記名押印)																

※16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の有無について
私の所得税法上の扶養親族のうち、前年（受給資格の有効期間の始期が1月から8月までの間にある場合は、前々年）の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者が、 います。 いません。

第9号様式を次のように改める。

第9号様式(第11条関係)

障 害 者
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書
子 ども

年 月 日

四日市市長

住 所 四日市市

申請者 氏 名
(対象者・保護者)

電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日

届出事項	変更前	変更後	
受給者の住所		(. . 異動)	
受給者の氏名		(. . 異動)	
加入医療保険	変更後		
	<input type="checkbox"/> 添付の被保険者証(または資格確認書)のコピーのとおり		
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する		
	被保険者	氏名	生年月日
保険の種類	国民健康保険・国民健康保険組合・健康保険(社保)・共済組合(公務員)・その他		

支払金融機関の変更

変更後の 支払金融 機関	ふりがな 口座名義人	銀 行	支 店	普通	店番号	続柄
		信用金庫	支 所		口座番号	
		農 協	出張所			

第 1 1 号様式を次のように改める。

以下のとおり障害者医療費受給資格変更の申請をします。

年 月 日

申請者 (対象者)	ふりがな		住所	四日市市
	氏名			
	受給者番号			

加入 医療 保険	被保険者 (世帯主) (組合員)	ふりがな		続柄	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	
		氏名					
		生年月日	年 月 日	性別			男 ・ 女
		個人番号 (マイナンバー)					

配偶者 市外 宛名番号 ()	ふりがな		住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		
	氏名					
	生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女
	個人番号 (マイナンバー)					

配偶者以外の 同居の親族 (扶養義務者)	ふりがな		続柄	ふりがな		続柄
	氏名			氏名		
	個人番号 (マイナンバー)			個人番号 (マイナンバー)		
	ふりがな		続柄	ふりがな		続柄
	氏名			氏名		
	個人番号 (マイナンバー)			個人番号 (マイナンバー)		
ふりがな		続柄	ふりがな		続柄	
氏名			氏名			
個人番号 (マイナンバー)			個人番号 (マイナンバー)			

代理申請のとき	代理申請者 氏名		続柄		代理申請者 住所		電話 ()
---------	-------------	--	----	--	-------------	--	--------

同意書	この認定に際し、私及び配偶者、扶養義務者の世帯情報、所得・課税状況、住所要件、医療保険加入状況等の必要事項を四日市市が調査・使用することに同意します。	年 月 日	氏名	印 (自署または 記名押印)
-----	---	-------	----	----------------------

(注) 太枠の中は変更があった箇所についてご記入ください。

※16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の有無について
私の所得税法上の扶養親族のうち、前年(受給資格の有効期間の始期が1月から8月までの間にある場合は、前々年)の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者が、 います。 いません。

附 則

(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 改正前の四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式は、改正後の四日市市障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(健康福祉部障害福祉課)