

○久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則

平成22年3月23日

規則第121号

改正 平成24年3月23日規則第22号

平成25年3月11日規則第5号

平成27年7月2日規則第35号

平成29年3月31日規則第28号

平成30年11月28日規則第32号

令和元年6月3日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例（平成22年久喜市条例第139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1条に規定する規則で定める社会保険各法は、次に掲げる法律とする。

- (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) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

(受給資格の登録)

第3条 条例第6条第1項の申請書は、重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（様式第1号）のとおりとする。

2 市長は、前項の申請書が提出された場合には、条例第2条第1項各号のいずれかに該当するかどうか次に掲げる書類により確認するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳、埼玉県療育手帳制度要綱（平成14年埼玉県告示第1365号）に規定する療育手帳又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に規定する精神障害者保健福祉手帳
- (2) 前号の身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を、特別の理由により所持していない場合は、当該理由及び障害の程度を証する書類
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭

和57年法律第80号) 及び前条に規定する社会保険各法の被保険者証、組合員証又は加入者証

(4) その他市長が必要と認める書類

- 3 第1項の申請書には、条例第5条第1項の所得を証明する書類を添付しなければならない。
- 4 受給資格の登録をする者が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令(昭和50年政令第207号)第5条第2項第3号に規定する控除の適用(以下「みなし適用」という。)を受ける場合は、重度心身障害者医療費の支給における寡婦(夫)控除のみなし適用申請書(様式第1号の2)に事実を確認できる書類を添付して、市長に提出しなければならない。
- 5 第2項及び第3項に掲げる書類は、市長がその内容を公簿等で確認できる場合においては、当該書類の添付を省略することができる。
- 6 条例第6条第3項の規定による通知は、重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書(様式第1号の3)により行うものとする。

(受給者証)

第4条 条例第7条第1項の受給者証は、重度心身障害者医療費受給者証(様式第2号)のとおりとする。ただし、条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に交付する受給者証は、様式第2号の2のとおりとする。

- 2 条例第7条第2項の規定による通知は、重度心身障害者医療費支給停止通知書(様式第3号。以下「支給停止通知書」という。)により行うものとする。
- 3 受給者証を破損し、又は亡失した者は、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書(様式第4号)を市長に提出し、再交付を受けることができる。
- 4 受給者証の更新は、毎年10月1日に行うこととする。
- 5 受給者証の有効期間は、申請日若しくは更新日からそれ以後最初の更新日の前日又は受給資格消滅日のうち、いずれか早い日までとする。ただし、身体障害者手帳に再認定年月、療育手帳に次回判定年月の記載がある場合又は精神障害者保健福祉手帳の場合の有効期限は次のとおりとする。
  - (1) 身体障害者手帳に再認定年月がある場合は更新日の前日、再認定年月の末日又は受給資格消滅日のうち、いずれか早く到達する日
  - (2) 療育手帳に次回判定年月がある場合は更新日の前日、次回判定年月の末日又は受給資格消滅日のうち、いずれか早く到達する日

(3) 精神障害者保健福祉手帳の場合は更新日の前日、精神障害者保健福祉手帳の有効期限又は受給資格消滅日のうち、いずれか早く到達する日

6 前項の規定にかかわらず、条例第3条の対象者（以下「対象者」という。）が次の各号のいずれかに該当する場合は、当該各号に規定する日を申請日とみなす。

(1) 新規に身体障害者手帳（条例第2条第1項第1号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。）、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（条例第2条第1項第3号に規定する重度心身障害者に交付された手帳に限る。）の交付を受けたとき 当該身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付日の属する月の初日

(2) 対象者（前号及び同条第2項第4号ただし書に規定する者を除く。）となった後15日以内（当該期間が経過するまでの間に災害その他やむを得ない理由が生じた場合には、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内）に条例第6条第1項の規定による申請をしたとき 対象となった日

(3) 前2号に掲げるもののほか、対象者が災害その他やむを得ない理由により条例第6条第1項の規定による申請をすることができなかった場合において、災害その他やむを得ない理由がやんだ後15日以内にその申請をしたとき 災害その他やむを得ない理由により当該申請をすることができなくなった日

（請求）

第5条 条例第9条第1項の請求は、重度心身障害者医療費請求書（様式第5号）により医療機関等の発行する領収書を付して行うものとする。ただし、条例第2条第1項第4号及び第5号に規定する者については、重度心身障害者医療費請求書（後期高齢者医療障害認定者）（様式第6号）により行うものとし、医療機関等の発行する領収書の添付を要しない。

2 条例第9条第2項の規定による支払の請求は、社会保険診療報酬支払基金埼玉支部、埼玉県国民健康保険団体連合会等を経由しない場合は、重度心身障害者医療費請求書（様式第7号）により行うものとする。

3 前項の規定に関わらず、市長の指定する医療機関等のうち、柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第2条第1項に規定する柔道整復師は、重度心身障害者医療費現物給付請求書（様式第7号の2）を、市に提出するものとする。

4 医療費助成金の額等については、請求書の内容を審査した後、申請者に通知するものとする。

5 医療費助成金の支給は、支給額決定後20日以内に支給するものとする。

6 条例第9条第4項の規定により事務を委託する場合は、前項の規定は適用しない。

(届出事項)

第6条 条例第10条第1項の規定による登録事項変更の届出は、重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届(様式第8号)によるものとする。

2 条例第10条第2項の規定による届出は、受給者証の有効期間(第4条第2項の規定により支給停止通知書の通知を受けた者にあつては、当該通知書に記載された停止期間満了の日)前1箇月以内に所得状況届(様式第8号の2)に所得を証明する書類を添付して行うものとする。

3 前項の届出を行う場合において、市長が公簿等により所得の状況を確認することができるときは、当該届出を省略することができる。

4 第3条第4項の規定は、第2項の届出をする者がみなし適用を受ける場合の手続について準用する。この場合において、第3条第4項中「受給資格の登録をする者」とあるのは「所得の状況について届出をする者」と読み替えるものとする。

(受給者証の返還)

第7条 受給者が、その資格を喪失したときは、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

(受給資格消滅の通知)

第8条 市長は、受給者が条例第3条の資格要件に該当しなくなったと認めるときは、重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書(様式第9号)により、当該受給者であった者に通知するものとする。ただし、条例第10条第1項の規定による届出があった場合又は受給者が死亡した場合は、この限りでない。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成22年3月23日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の規定は、平成22年4月1日以後に受ける医療に係る医療費助成金の支給について適用し、平成22年3月31日以前に受けた医療に係る医療費助成金の支給については、なお合併前の久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則(昭和58年久喜市規則第6号)、菖蒲町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則(昭和50年菖蒲町規則第14号)、栗橋町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則(昭和50年栗橋町規則第6号)又は鷲宮町重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則(昭和

50年鷲宮町規則第47号の2) (以下これらを「合併前の規則」という。)の例による。

- 3 この規則の施行の日の前日までに、合併前の規則の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則 (平成24年3月23日規則第22号)

この規則は、平成24年10月1日から施行する。

附 則 (平成25年3月11日規則第5号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年7月2日規則第35号)

この規則は、公布の日から施行し、平成27年1月1日から適用する。

附 則 (平成29年3月31日規則第28号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成29年4月1日から施行する。ただし、第4条第5項、第6項並びに第7項第2号及び第3号の改正規定並びに様式第3号及び様式第9号の改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則様式第1号、様式第4号、様式第5号及び様式第8号による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則 (平成30年11月28日規則第32号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年1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受給者証の交付を受けている者に対する所得の状況の届出については、平成34年8月31日までの間は、この規則による改正後の久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則(次項において「新規則」という。)第6条第2項から第3項までの規定にかかわらず、なお従前の例による。

- 3 この規則の施行の際現に受給者証の交付を受けている者に対する受給者証の更新については、平成34年9月30日までの間は、新規則第4条第4項の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則 (令和元年6月3日規則第4号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条

例施行規則の規定は、平成31年1月1日から適用する。

様式第1号(第3条関係)

(表)

記号番号

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書										
久喜市長								あて		年 月 日
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合			本店・支店		住所			
	口座種別	普通・当座	口座番号			申請者 氏名				
	フリガナ				(電話			)		
	口座名義人									
次のとおり、久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定に基づき申請します。										
受 給 者	ふりがな				住 所					
	氏 名				生 年 月 日		年 月 日		申請者 との続柄	
	障害の状況	身体障害者	身障手帳番号				程 度	1級・2級・3級		
		知的障害者	療育手帳番号					㊤・A・B		
精神障害者		精神手帳番号				1 級				
後期高齢者医療障害認定者				施行令別表 号該当						
保 護 者	氏 名				受給者 との続柄					
	住 所				電 話					
	生年月日	年 月 日		職 業						
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名				受給者 との続柄		住所			
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後			記号番号					
	名 称				所 在 地					
	附 加 給 付	有・無	支給基準							
申 請 理 由 発 生 年 月 日	年 月 日		申請理由							

(裏)

### 同意書

資格認定及び医療費助成支給決定のため、私の住民基本台帳及び市税課税台帳、障害の状況等の情報を、市長が今後必要な範囲内で確認することに同意します。

年 月 日

氏名

印

判定		
控除後の所得額	扶養親族数	所得制限限度額
円	人	円



様式第1号の2(第3条関係)

年 月 日

## 重度心身障害者医療費の支給における寡婦（夫）控除のみなし適用申請書

久喜市長 あて

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、重度心身障害者医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除のみなし適用を受けたいので、事実を確認できる書類を添えて下記のとおり申請します。

私は、重度心身障害者医療費の支給に係る所得の額の計算の対象となる年（前年（請求日が1月から9月までの間にある場合は、前々年））の12月31日現在及び申請日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます。（該当番号を○で囲んで下さい。）

- 1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないもののうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
- 2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
- 3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないもののうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない場合に限ります。

私は、寡婦（夫）控除のみなし適用に関して、久喜市が申請者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※事実を確認できる書類は、次のような書類です。

- ・寡婦（夫）控除のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・寡婦（夫）控除のみなし適用の対象となる者本人の属する世帯の全員の住民票の写し
- ・寡婦（夫）控除のみなし適用の対象となる者本人の所得証明書（合計所得金額が分かるもの）
- ・上記の「子」の所得証明書（総所得金額等が分かるもの）

様式第1号の3(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書

久 第 号

年 月 日

様

久喜市長



年 月 日付けで申請のあった重度心身障害者医療費受給資格登録申請については、審査の結果、次の理由で対象者と認められませんでしたので通知します。

氏 名

理 由

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、久喜市長に対して審査請求をすることができます。



ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、久喜市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において久喜市を代表する者は、久喜市長です。

ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第2号(第4条関係)

(表)		後期医療	社保	国保
 重度心身障害者 医療費受給者証				
公費負担者番号				
記号番号				
受給者	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日
保護者	氏名	受給者との続柄		
	住所			
有効期間	年	月	日から	
	年	月	日まで	
年 月 日交付 久喜市長 				

※ (裏面注意事項をお読みください。)

(裏)

## 注 意 事 項

- 1 この証は、久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付の一部負担金について支給を受けることのできる証ですので、大切に保管してください。
- 2 この制度による診療を受けるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 市長の指定する市内の医療機関等で診療を受けるときは、保険給付の一部負担金についての支払はありません。ただし、市内でも保険給付の一部負担金が月21,000円以上(医療機関・入院通院別)の場合(後期高齢者医療の被保険者は除く。)又は市長の指定を受けない医療機関等で診療を受けるときはその月の保険給付の一部負担金の全額を支払い、重度心身障害者医療費請求書を記入の上、各医療機関等に提出してください。
- 4 その他保険外診療については、窓口払が必要となります。
- 5 通常診療時間外に診療を受けるときは、窓口払が必要となります。
- 6 市外の医療機関等で診療を受けるときは、保険給付の一部負担金の全額を支払い、重度心身障害者医療費請求書の医療機関記入欄に証明をもらうか、領収書(患者氏名・診療年月日・保険診療総点数の記載のあるもの)を添付して、市に提出してください。
- 7 次の場合は、必ず市役所に届出をしてください。
  - (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
  - (2) 受給者の氏名、住所を変更したとき。
  - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
  - (4) 障害程度に変更があったとき。

問い合わせ先

久喜市障がい者福祉課

久喜市下早見85番地の3 電話0480(22)1111

様式第2号の2(第4条関係)

		(表)		社 保	国 保
		 重度心身障害者 医療費受給者証			
公費負担者番号					
記号番号					
受給者	氏名				
	住所				
	生年月日	年	月	日	
保護者	氏名		受給者との続柄		
	住所				
有効期間		年	月	日から	
		年	月	日まで	
年 月 日交付 久喜市長 					

※ (裏面注意事項をお読みください。)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付の一部負担金について支給を受けることのできる証ですので、大切に保管してください。
- 2 この制度による診療を受けるときは、必ずこの証と被保険者証と一緒に医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 市長の指定する市内の医療機関等で診療を受けるときは、保険給付の一部負担金についての支払はありません。ただし、市内でも保険給付の一部負担金が月21,000円以上(医療機関・入院通院別)の場合(後期高齢者医療の被保険者は除く。)又は市長の指定を受けない医療機関等で診療を受けるときはその月の保険給付の一部負担金の全額を支払い、重度心身障害者医療費請求書を記入の上、各医療機関等に提出してください。
- 4 その他保険外診療については、窓口払が必要となります。
- 5 通常診療時間外に診療を受けるときは、窓口払が必要となります。
- 6 市外の医療機関等で診療を受けるときは、保険給付の一部負担金の全額を支払い、重度心身障害者医療費請求書の医療機関記入欄に証明をもらうか、領収書(患者氏名・診療年月日・保険診療総点数の記載のあるもの)を添付して、市に提出してください。
- 7 精神病床への入院に係る一部負担金等は支給されません。
- 8 次の場合は、必ず市役所に届出をしてください。
  - (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
  - (2) 受給者の氏名、住所を変更したとき。
  - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
  - (4) 障害程度に変更があったとき。

問い合わせ先

久喜市障がい者福祉課

久喜市下早見85番地の3 電話0480(22)1111

様式第3号（第4条関係）

重度心身障害者医療費支給停止通知書

久 第 号

年 月 日

様

久喜市長



次のとおり、重度心身障害者医療費の支給停止を決定しましたので通知します。

1 支給停止の理由

2 支給停止の期間

年 月 日から 年 月 日まで

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、久喜市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、久喜市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において久喜市を代表する者は、久喜市長です。

ただし、この処分があったことを知った日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日（1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第4号(第4条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

久喜市長      あて

申請者      住 所  
氏 名  
(電話                      )

重度心身障害者医療費受給者証を破損したので、再交付を申請します。  
亡失

受 給 者	氏 名		生年 月日	年 月 日
	住 所		申 請 者 との続柄	
保 護 者	加入医療 保険の種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後		
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
保 護 者	氏 名		生年 月日	年 月 日
	住 所		受 給 者 との続柄	

様式第5号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

久喜市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電 話 ( )

下記のとおり久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第1項の規定に基づき請求します。

受給者	受給者証記号番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	
	ふりがな			記号番号	
	氏名			名称	
	生年月日	年 月 日			

(注) 上記請求書欄は、申請者が記入してください。医療機関等、診療月、入院、外来ごとにそれぞれ作成し、医療機関等の発行する領収書を添付してください。

診療科	科	入院日	外来	調剤
-----	---	-----	----	----

領 収 書

¥ \_\_\_\_\_

ただし、年 月分の保険診療一部負担金(他法本人負担額 \_\_\_\_\_ 円を含む)  
—食事療養標準負担額、保険の対象とならない費用を含まない—

保険診療総点数	点	他法負担点数	点
---------	---	--------	---

食事療養標準負担額  
¥ \_\_\_\_\_ (算定食数 \_\_\_\_\_ 食)

年 月 日 様

所在地(住所)  
医療機関 名称  
氏 名

- (注) 1 医療機関等の発行する領収書を紛失した場合や領収書にお名前や保険診療総点数等が記入されていない場合には、医療機関等で上記領収書欄を記入してください。
- 2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 3 ※は記入不要です。

※ 処 理 欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額
	円	円	円	
	食事療養標準負担額の1/2	市民税非課税	市民税非課税で90日を超える入院	
	円×食= 円	円×食= 円	円×食= 円	円
	受付日	年 月 日		
	支給日	年 月 日		

様式第6号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書(後期高齢者医療障害認定者)			
			年 月 日
久喜市長 あて			
			住 所 申請者 氏 名 電 話 ( )
次のとおり久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第1項の規定に基づき請求します。			
受 給 者	受給者証 記号番号		
	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日

(注) 上記請求書欄は、申請者が記入してください。

助成請求 金 額	入 院	年 月 診療分	保険診療一部負担金
		保険診療 総点数	円
		食事療養標準負 担額算定食数	円×食
	生活療養標準負 担額算定食数	円×食	食事療養標準負担額の1/2 円
生活療養標準負 担額算定食数	円×食	生活療養標準負担額のうち食事療養標 準負担額相当額(食材料費)の1/2 円	
外 来 又 は 調 剤		年 月 診療分	保険診療一部負担金
		保険診療 総点数	円
医 療 機 関	所在地(住所) 名 称 氏 名		

- (注) 1 この請求書は、65歳以上の対象者(後期高齢者医療障害認定者)が医療費を請求する場合に使用してください。
- 2 上記助成請求金額記入欄は、医療機関等で記入してください。
- 3 ※は記入不要です。

※ 処 理 欄	保険診療一部 負 担 金	食事療養標準負 担額の1/2	生活療養標準負担額のうち 食事療養標準負担額相 当額(食材料費)の1/2	高額医療費	支 給 額
入院	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円
受 付 日	年 月 日				
支 給 日	年 月 日				



様式第7号(第5条関係)

重度心身障害者医療費請求書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地(住所)  
医療機関 名称  
氏名  
(電話 )

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第2項の規定により、次の受給者に係る一部負担金等を請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

受給者証番号	診療月	受給者名	入院外来の別	日数	診療科	総点数	一部負担金等の額	食事療養標準負担額の1/2又は生活療養標準負担額のうち食事療養標準負担額相当額(食材料費)の1/2 (算定食数)
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
			入・外			( )	( )	( )
請求	入院	件	/				円	円
	外来	件					( )	( )
	合計	件					( )	円

総点数欄( )には、他法負担がある場合に、再掲でその点数を記入してください。

様式第7号の2(第5条関係)

重度心身障害者医療費現物給付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

申請者所在地  
名称  
代表者名  
電話番号

㊞

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則第5条第3項の規定に基づき、  
年 月分として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

内訳 重度心身障害者医療費 \_\_\_\_\_ 件 \_\_\_\_\_ 円

事務手数料 \_\_\_\_\_ 枚 \_\_\_\_\_ 円

様式第8号(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届						年 月 日	
久喜市長		あて					
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合		本店・支店			
	口座種別	普通・当座	口座番号	住所 申請者 氏名  (電話 )			
	フリガナ						
	口座名義人						
次のとおり、変更がありましたのでお届けします。							
受 給 者	ふりがな 氏名			受給者証 記号番号			
	生年月日	年 月 日	住所				
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳番号	程 度		1級・2級・3級	
		知的障害者	療育手帳番号			④・A・B	
		精神障害者	精神手帳番号			1級	
後期高齢者医療障害認定者			施行令別表 号該当				
保 護 者	氏名			受給者 との続柄			
	住所			電 話			
	生年月日	年 月 日	職 業				
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名			受給者 との続柄	住所		
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後		記号番号			
	名 称			所 在 地			
	附 加 給 付	有・無	支給基準				
変 更 年 月 日	年 月 日	変 更 理 由					

様式第8号の2 (第6条関係)

所得状況届

年 月 日

久喜市長 あて

住所

氏名

(電話

印

)

年の所得の状況について、所得を証明する書類を添えて届け出ます。

添付書類

- 全ての方
  - ・本人の所得証明書
- 譲渡所得の特別控除を受けられている方
  - ・確定申告書の写し

様式第9号(第8条関係)

重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書

久 第 号

年 月 日

様

久喜市長



次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格が消滅しましたので通知します。

- 1 消滅者氏名
- 2 消滅した年月日 年 月 日
- 3 消滅した理由

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、久喜市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6箇月以内に、久喜市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において久喜市を代表する者は、久喜市長です。

ただし、この処分があったことを知った日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日(1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第1号（第3条関係）

様式第1号の2（第3条関係）

様式第1号の3（第3条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第2号の2（第4条関係）

様式第3号（第4条関係）

様式第4号（第4条関係）

様式第5号（第5条関係）

様式第6号（第5条関係）

様式第7号（第5条関係）

様式第7号の2（第5条関係）

様式第8号（第6条関係）

様式第8号の2（第6条関係）

様式第9号（第8条関係）