

○小郡市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年10月1日

規則第23号

改正 昭和50年10月1日規則第12号

昭和57年12月27日規則第13号

昭和60年3月30日規則第4号

昭和63年7月8日規則第12号

平成元年12月27日規則第20号

平成5年4月9日規則第7号

平成8年10月3日規則第19号

平成11年3月29日規則第7号

平成13年6月26日規則第9号

平成16年8月18日規則第27号

平成18年10月26日規則第36号

平成18年12月27日規則第39号

平成20年3月31日規則第8号

平成20年6月26日規則第15号

(題名改称)

平成27年12月28日規則第43号

平成28年9月30日規則第30号

(趣旨)

第1条 この規則は、小郡市重度障害者医療費の支給に関する条例（昭和49年小郡市条例第35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。

(平20規則15・一部改正)

(定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(平20規則15・追加)

(受給資格の認定申請の手続)

第3条 条例第5条の規定により、重度障害者医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、重度障害者医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第2条第1項第1号の重度及び同条同項第3号の中等度の知的障害者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）による身体障害者手帳、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）による精神障害者保健福祉手帳
- (3) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない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、当該書類の添付を省略することができる。

（平20規則15・旧第2条・全改）

（医療証の交付及び不交付の通知）

第4条 条例第6条第1項の規定による重度障害者医療証（以下「医療証」という。）の交付は、3歳から小学生に対しては重度障害者医療証（3歳～小学生用）、中学生から65歳未満の者に対しては重度障害者医療証（（中学生～65歳未満用）又は（中学生～65歳未満：精神障害者用））により、65歳以上の者に対しては重度障害者医療証（（65歳以上用）又は（65歳以上：精神障害者用））により行うものとする。

2 市長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を附して、申請者に通知するものとする。

（平18規則36・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第3条繰下・一部改正、平28規則30・一部改正）

（医療証の有効期限等）

第5条 医療証の有効期限は、条例第5条の規定により認定を受けた場合は、認定後最初に到来する9月30日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に定める日までとする。

- (1) 有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障害者の受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日
- (2) 小学校を卒業する場合 12歳に達する日以後の最初の3月末日
- (3) 65歳未満の者が有効期限までに65歳に達する場合 65歳に達する日の属する月の末日

2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を速やかに市長に返還し

なければならない。

(平18規則36・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第4条繰下・一部改正、平28規則30・一部改正)

(医療証の更新申請等)

第6条 受給資格者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、重度障害者医療費受給資格更新申請書により医療証の更新を申請することができる。

2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。

(平20規則15・追加、平28規則30・一部改正)

(医療証の再交付)

第7条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、重度障害者医療証再交付申請書を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

(平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第5条繰下)

(保険医療機関等)

第8条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他市長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(平8規則19・全改、平13規則9・平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第6条繰下・一部改正)

(重度障害者医療費の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障害者医療費の支払を市長に請求しようとするときは、請求書を市長に提出しなければならない。ただし、受給資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、子障親医療費請求書を提出するものとする。

(平18規則36・一部改正、平20規則15・旧第7条繰下・一部改正、平28規則30・一部改正)

(重度障害者医療費の支給申請)

第10条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障害者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障害者医療費支給申請書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、重度障害者が、小郡市国民健康保険の被保険者であって、当該重度障害者に係る重度障害者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(平20規則15・旧第8条繰下・一部改正)

(重度障害者医療費に関する決定の通知)

第11条 市長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障害者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を附記するものとする。

(平20規則8・一部改正、平20規則15・旧第9条繰下)

(届出)

第12条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 重度障害者の住所及び氏名
- (2) 重度障害者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名（重度障害者が被保険者等でない場合のみ）
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が重度障害者又は被保険者等でない場合のみ）
- (4) 重度障害者の死亡
- (5) 重度障害者の被保険者等
- (6) 重度障害者の被保険者等に係る保険者
- (7) 障害の程度が軽減した事実
- (8) その他市長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障害者医療変更届に医療証を添え、これを市長に提出しなければならない。ただし、公簿等により確認することができるときは、届出を省略することができる。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、重度障害者医療費受給資格喪失届に医療証を添えこれを市長に提出しなければならない。ただし、公簿等により確認することができるときは、届出を省略することができる。

4 受給資格者は、重度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、その旨を、直ちに市長に届出なければならない。

(平8規則19・平11規則7・平18規則39・一部改正、平20規則15・旧第10条繰下・一部改正、平28規則30・一部改正)

(様式)

第13条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書 様式第1号
- (2) 重度障害者医療証(3歳～小学生用) 様式第2号
- (3) 重度障害者医療証(中学生～65歳未満用) 様式第3号
- (4) 重度障害者医療証(中学生～65歳未満：精神障害者用) 様式第4号
- (5) 重度障害者医療証(65歳以上用) 様式第5号
- (6) 重度障害者医療証(65歳以上：精神障害者用) 様式第6号
- (7) 重度障害者医療証再交付申請書 様式第7号
- (8) 子障親医療費請求書(医科、歯科用) 様式第8号
- (9) 子障親医療費請求書(調剤用) 様式第9号
- (10) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第10号
- (11) 重度障害者医療費支給申請書 様式第11号
- (12) 重度障害者医療変更届 様式第12号
- (13) 重度障害者医療費受給資格喪失届 様式第13号
- (14) 第三者の行為による被害届 様式第14号

(平20規則15・旧第11条・全改、平27規則43・平28規則30・一部改正)

附 則

この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附 則(昭和50年10月1日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行し、同日以降の療養に係る重度心身障害者医療費から適用する。

附 則(昭和57年12月27日規則第13号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則(昭和60年3月30日規則第4号)

改正 平成元年12月27日規則第20号

この規則は、昭和60年4月1日から施行し、昭和59年10月1日から適用する。

附 則（昭和63年7月8日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成元年12月27日規則第20号）

この規則は、平成2年1月1日から施行する。

附 則（平成5年4月9日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行し、平成4年4月1日から適用する。

附 則（平成8年10月3日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の小郡市重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則（平成11年3月29日規則第7号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。ただし、様式第6号及び第7号の改正規定は平成9年9月1日から適用する。

附 則（平成13年6月26日規則第9号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成16年8月18日規則第27号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年10月26日規則第36号）

（施行期日等）

1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。

2 規則第11条に定める様式第6号から第8号までの様式については、当分の間、改正前の様式を取繕って使用することができる。

附 則（平成18年12月27日規則第39号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月31日規則第8号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年6月26日規則第15号）

（施行期日等）

1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は公布の日から施行する。

2 市長は、前項の規定に関わらず、施行日前においても、改正後の小郡市重度障害者医療

費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成27年12月28日規則第43号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年9月30日規則第30号）

この規則は、平成28年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

様式第1号(第13条第1号関係)

重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕申請書

医療証番号				資格認定年月日		年 月 日		
申請事由		新規・更新・転入・その他()		年齢区分		3歳～小学生・中学生～65歳未満・65歳以上		
①受給者	ふりがな	(男・女)		住所	〒 -			
	氏 名							
	生年月日	年 月 日生						
	個人番号							
	ふりがな	(男・女)		住所	〒 -			
保護者氏名								
個人番号								
②障害の状態	身体障害の状況	程度(等級別)	の の 級					
		身障手帳の番号	年 月 日発行第 号(再判定 年 月)					
	知的障害の状況	程度	重度 ・ 中度		判定機関			
		判定日	年 月 日(再判定 年 月)		摘 要			
	精神障害の状況	程度(等級別)						
		精神手帳の番号	年 月 日発行第 号(期限 年 月 日)					
	国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定	年 月 日まで		
	特別児童扶養手当受給者	証書番号	第 号	傷病名		年 月 日まで		
③医療保険	被保険者氏名				受給者との続柄			
	保険種別	政・組・日・船・共・国・後期			被保険者証の記号番号			
	保険者名				保険者番号			
④その他	同居者氏名	(続柄)		(続柄)		(続柄)		
		(続柄)		(続柄)		(続柄)		
上記のとおり、重度障害者医療費受給資格〔認定・更新〕を申請します。 ☐ 当該申請に関して小郡市が住民基本台帳及び市町村民税に係る情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。 ☐ 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を小郡市へ委任します。 小郡市長 殿 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 印 電話番号								
所得状況		本人		配偶者		扶養義務者		
控除後の所得額		円		円		円		
控除対象親族等		人		人		人		
限度額		円		円		円		

様式第2号(第13条第2号関係)

(表 面)

障		福岡県重度障害者医療証 (3歳～小学生用)									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで									
負担者番号		8	0	4	0						
受給者番号											
受給者	住所										
	氏名									男・女	
	生年月日	年 月 日									
一部自己負担金		入院 1日当たり 円(月 日限度) ※低所得者の場合(裏面注7) 1日当たり 円(月 日限度)									
		入院外 1月当たり 円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。									
発行機関名及び印		福岡県									
交付年月日		年 月 日									

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項	
1 この証は、市町村の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2 受給者が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)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。 4 受給者、その保護者の氏名又は居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。 5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。 6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)	

(表 面)

注意事項

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

- ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。
- 8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなります。ですからご了承ください。
- (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)
- 9 後期高齢者医療制度に加入された場合は、市町村長へ届出を行い、新たな医療給付の交付を受けて下さい。

様式第4号(第13条第4号関係)

(表 面)

福岡県重度障害者医療証 (中学生～65歳未満：精神障害者用)									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受 住 所									
給 氏 名									男・女
者 生年月日		年 月 日							
一部自己負担金		入 院 1日当たり 円(月 日限度) (※低所得者の場合(裏面注7)) 1日当たり 円(月 日限度)							
		精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)							
		入院外 1月当たり 円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。							
発行機関名及び印		福岡県							
交付年月日		年 月 日							

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項	
1 この証は、市町村の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
2 受給者が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)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。	
3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。	
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。	
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口に掲示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。	
8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。	
9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなりますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)	
10 後期高齢者医療制度に加入された場合は、市町村長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。	

様式第5号 (第13条第5号関係)

(表 面)

福岡県重度障害者医療証 (65歳以上用)									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								男・女
	生年月日	年 月 日							
一部自己負担金		入院 1日当たり 円(月 日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7)〕 1日当たり 円(月 日限度) 入院外 1月当たり 円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。							
発行機関名及び印		福岡県							
交付年月日		年 月 日							

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項	
1 この証は、市町村の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口提出して下さい。	
3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。	
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。	
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。	
8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)	

様式第6号(第13条第6号関係)

(表 面)

福岡県重度障害者医療証 (65歳以上：精神障害者用)									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
負担者番号		8	0	4	0				
受給者番号									
受 住 所									
給 氏 名									男・女
者 生年月日		年 月 日							
一部自己負担金		入 院 1日当たり 円(月 日限度) (※低所得者の場合(裏面注7)) 1日当たり 円(月 日限度)							
		精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8)							
		入院外 1月当たり 円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。							
発行機関名及び印		福岡県							
交付年月日		年 月 日							

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項	
1 この証は、市町村の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。	
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口提出して下さい。	
3 受給者が市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。	
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。	
6 この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。	
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日市町村での差額の払い戻し申請を行ってください。	
8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。	
9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)	

様式第7号(第13条第7号関係)

重度障害者医療証再交付申請書

年 月 日

小郡市長 殿

申請者 住所
氏名

下記のとおりですから、重度障害者医療証を再交付してくださるよう申請します。

重度障害者医療
証の受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

受 給 者 の
氏 名

申 請 の 理 由

- 1 なくした
- 2 やぶれた
- 3 よごれた
- 4 その他()

様式第8号(第13条第8号関係)

1	3	8
医科	歯科	医保

年 月分 子障親医療費請求書(医科、歯科用)

4	0			
---	---	--	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。

保険医療機関等の

所在地及び名称

年 月 日

開設者氏名

㊞

	保 険 給 付 別 割 合	件数	診 療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付 外 点 数	一 部 負 担 金	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請求					
		※決定					
	8 割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

⑥ 障 害 者	7 割	請求					
		※決定					
	8 割	請求					
		※決定					
	9 割	請求					
		※決定					

⑨ ひ と り 親	7 割	請求					
		※決定					
	8 割	請求					
		※決定					
	9 割	請求					
		※決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第9号(第13条第9号関係)

4	8
調剤	医保

年 月分 子障親医療費請求書(調剤用)

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿 薬 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。

保険医療機関等の

所在地及び名称

年 月 日

開設者氏名

㊞

	保 険 給 付 別 割 合 別	件数	処方せん の 枚 数	総 金 額	一 部 負 担 金	備 考
⑤ 子 ど も	7 割	請求				
		※決定				
	8 割	請求				
		※決定				
	割	請求				
		※決定				

⑥ 障 害 者	7 割	請求				
		※決定				
	8 割	請求				
		※決定				
	9 割	請求				
		※決定				

⑨ ひ と り 親	7 割	請求				
		※決定				
	8 割	請求				
		※決定				
	9 割	請求				
		※決定				

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第10号(第13条第10号関係)

9	8
訪	医保

年 月分子障親訪問看護療養費請求書

4	0			
---	---	--	--	--

殿 訪問看護
ステーションコード

下記のとおり請求する。

保険医療機関等の

所在地及び名称

年 月 日

開設者氏名

㊞

	保 険 給 付 別 割 合	件 数	実日数	総金額	子・障・親訪問 看護療養費 給付外金額	※ 金 額	備考
⑤ 子 ど も	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

⑥ 障 害 者	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	9割	請求					
		※決定					

⑨ ひ と り 親	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	9割	請求					
		※決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

[illegible]

様式第12号(第13条第12号関係)

重 度 障 害 者 医 療 変 更 届													
年 月 日													
小郡市長 殿													
電話番号：_____													
届出人 住 所：_____													
氏 名：_____													
次のとおり変更がありましたので、お届けします。													
対象者氏名						生年月日		. .					
変更年月日		年 月 日				受給者番号							
変 更 事 項		1 対象者の住所 2 対象者の氏名 3 被保険者証(組合員証) 4 障害の等級 5 その他()											
変更の内容		変 更 後				変 更 前							
		対象者の氏名											
		対象者の住所											
		記 号 番 号											
		被保険者氏名											
		保 険 者 名											
		保険者コード											
		事 業 所 名											
		障 害 の 等 級											
		医 療 区 分											
				回収		入力				台帳		月報	

様式第13号(第13条第13号関係)

重 度 障 害 者		医療費受給資格喪失届	
年 月 日 小郡市長 殿 電話番号：_____ 届出人 住 所：_____ 氏 名：_____ 次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。			
受 給 資 格 喪 失 の 理 由	1 小郡市から転出したため (転出先：_____) 2 死亡したため 3 生活保護を受けるため 4 児童が18歳に到達したため 5 他の公費負担による医療を受けたため(後期高齢者医療等) 6 その他 (_____)		
喪 失 年 月 日	年 月 日		
受 給 者 番 号			
対 象 者 氏 名		生年月日	. .
有効期限	入院外	年 月 日まで	
	入 院	年 月 日まで	
		回 収	入 力
		台 帳	月 報

様式第14号(第13条第14号関係)

第三者の行為による被害届					
年 月 日					
小郡市長 殿					
届出人 住所 氏名					
次のとおり届けます。					
被 害 者	受給者番号		受給資格者名(被害者名)		
加 害 者	住所	氏名	職 業 電 話		
加 害 者 の 使 用 者	住所	氏名	職 業 電 話		
負傷の日時及び場所 年 月 日午前・午後 時 分頃 場所					
発 病 の 原 因 又は負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度			治ゆまでの見込み	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた医師名	当 初	住所		氏名	電話
	転医後	住所		氏名	電話
自動車事故 の 場 合	自 動 車 番 号			自動車所有者 住 所・氏 名	電 話
	自動車損害賠償 責任保険契約社			所 在 地	
損害賠償に 関する交渉 の 経 過					

様式第1号（第13条第1号関係）

（平27規則43・全改、平28規則30・一部改正）

様式第2号（第13条第2号関係）

（平28規則30・追加）

様式第3号（第13条第3号関係）

（平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第2号繰下・一部改正）

様式第4号（第13条第4号関係）

（平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第3号繰下・一部改正）

様式第5号（第13条第5号関係）

（平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第4号繰下・一部改正）

様式第6号（第13条第6号関係）

（平20規則15・追加、平28規則30・旧様式第5号繰下・一部改正）

様式第7号（第13条第7号関係）

（平8規則19・全改、平11規則7・一部改正、平20規則15・旧様式第5号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第6号繰下・一部改正）

様式第8号（第13条第8号関係）

（平11規則7・全改、平16規則27・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第6号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第7号繰下・一部改正）

様式第9号（第13条第9号関係）

（平11規則7・全改、平16規則27・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第7号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第8号繰下・一部改正）

様式第10号（第13条第10号関係）

（平8規則19・全改、平11規則7・平18規則36・一部改正、平20規則15・旧様式第8号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第9号繰下・一部改正）

様式第11号（第13条第11号関係）

（平18規則39・全改、平20規則15・旧様式第9号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第10号繰下・一部改正）

様式第12号（第13条第12号関係）

（平18規則39・全改、平20規則15・旧様式第10号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第11号繰下・一部改正）

様式第13号（第13条第13号関係）

(平18規則39・追加、平20規則15・旧様式第11号繰下・一部改正、平28規則30・
旧様式第12号繰下・一部改正)

様式第14号 (第13条第14号関係)

(平8規則19・追加、平11規則7・一部改正、平18規則39・旧様式第11号繰下、
平20規則15・旧様式第12号繰下・一部改正、平28規則30・旧様式第13号繰下・一
部改正)