

- (趣旨)
- 第1条 この規則は、蒲都市精神障害者医療費助成条例(平成7年蒲都市条例第6号。以下「条例」という。)に基づき、精神障害者の医療費の助成について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2条に規定する規則で定める法令は、次に掲げるものとする。
- (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) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (認定申請)
- 第3条 条例第2条に規定する受給資格者(以下「受給資格者」という。)又はその家族等(条例第5条第1項に規定する家族等をいう。))のうちいずれかの者は、条例第4条に規定する認定を受けようとするときは、精神障害者医療費助成認定申請書(第1号様式)を市長に提出するものとする。
- 第4条 条例第2条に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する被保険者証、組合員証又は加入者証
- (1) 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)第45条第2項の規定により交付された精神障害者保健福祉手帳(以下「精神障害者保健福祉手帳」という。))又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第54条第3項の規定により交付された自立支援医療受給者証(精神通院医療に係るものに限る。以下「自立支援医療受給者証」という。))
- (2) 受給者証の有効期間は、次の各号に掲げる受給者証の区分に応じ、当該各号に定める期間とする。
- (1) 精神障害者医療費受給者証 第1項の規定による認定があった日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日)から当該認定に係る自立支援医療受給者証の有効期間の満了する日(当該有効期間の満了する日の翌日から引き続き自立支援医療受給者証の交付を受けたときは、引き続き交付を受けた当該自立支援医療受給者証の有効期間の満了する日)まで
- (2) 障害者医療費受給者証 第1項の規定による認定があった日の属する月の初日(その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日)から当該認定に係る精神障害者保健福祉手帳の有効期間の満了する日まで
- (平成30規則34・一部改正)
- (受給者証の交付)
- 第4条 市長は、前条の申請に対し、受給資格者が医療費の助成を受けることができる者と認定したときは、その者に、医療費の助成を受ける資格を証する受給者証(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。この場合において、交付する受給者証は、その者が条例第2条第1項第1号のみに該当するときは精神障害者医療費受給者証(第2号様式)とし、同項第2号に該当するときは障害者医療費受給者証(第3号様式)とする。
- 第5条 前項の場合において、障害者医療費受給者証の交付を受ける者が精神障害者医療費受給者証の交付を受けているときは、精神障害者医療費受給者証と引き換えに障害者医療費受給者証の交付を受けるものとする。
- (受給者証の更新)
- 第6条 受給者証の交付を受けている者又はその家族等のうちいずれかの者(以下「受給者等」という。))は、有効期間の満了前に精神障害者医療費助成更新申請書(第1号様式)を市長に提出して、受給者証の更新を申請することができる。
- (平成30規則34・一部改正)
- (受給者証の再交付)
- 第7条 受給者等は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、精神障害者医療費受給者証再交付申請書(第4号様式)を市長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。
- (1) 受給者証を破り、又は汚した場合においては、前項の申請書に当該受給者証を添えて行わなければならない。
- (2) 受給者等は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにこれを市長に返還しなければならない。
- (平成30規則34・一部改正)
- (助成の方法)
- 第8条 条例第5条第1項の規定による医療費の助成は、医療機関等の請求に基づき、当該医療機関等に支払うことにより行う。
- (1) 市長は、前項の規定にかかわらず、受給者等の請求により医療費の助成を行うことができる。
- (2) 前項の請求は、精神障害者医療費助成金交付申請書(第5号様式)に次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。
- (1) 受給者証
- (2) 受給者等が医療費の一部を負担したことを証する書類
- (3) 前2号に掲げるもののほか市長が必要と認めた書類
- (平成30規則34・一部改正)
- (助成額の決定)
- 第9条 市長は、前条第3項の規定による申請があったときは、助成額を決定し、その旨を受給者等に精神障害者医療費助成金交付決定通知書(第6号様式)をもって通知しなければならない。
- (平成30規則34・一部改正)
- (助成額の支払)
- 第10条 第8条第2項の規定により医療費の助成を行う場合は、前条の規定による通知の後、当該助成額を受給者等に支払うものとする。
- (平成30規則34・一部改正)
- (変更等の届出)
- 第11条 条例第7条第1号、第2号及び第4条に規定する届出は、精神障害者医療費受給資格等変更・喪失届(第4号様式)に受給者証を添えて行うものとする。
- (1) 条例第7条第3号に規定する届出は、第三者の行為による被害届(第7号様式)に受給者証を添えて行うものとする。
- (2) 条例第7条第4号に規定する規則で定める事項は、第1号様式に規定する事項とする。
- (平成30規則34・一部改正)
- (添付書類等の省略)
- 第12条 市長は、この規則の規定による申請書又は届書に添えて提出又は提示する書類等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、当該書類等の提出又は提示を省略させることができる。
- (精神障害者医療に関する処分の通知)
- 第13条 市長は、医療費の助成に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において、医療費の全部又は一部につき不助成の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。
- (雑則)
- 第14条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。
- 附 則
- この規則は、平成7年4月1日から施行する。
- 附 則(平成7年規則第39号)
- この規則は、公布の日から施行する。
- 附 則(平成9年規則第11号)
- この規則は、平成9年4月1日から施行する。
- 附 則(平成14年規則第21号)
- この規則は、平成14年4月1日から施行する。
- 附 則(平成15年規則第8号)
- この規則は、平成15年4月1日から施行する。
- 附 則(平成17年規則第22号)
- この規則は、平成17年4月1日から施行する。
- 附 則(平成18年規則第69号)
- この規則は、公布の日から施行し、改正後の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定は、平成18年4月1日から適用する。
- 附 則(平成18年規則第73号)
- この規則は、平成19年1月1日から施行する。
- 附 則(平成20年規則第5号)
- この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第2号様式から第4号様式までの用紙で、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20年規則第42号)
- この規則は、公布の日から施行する。
- この規則の施行の際、第2条の規定による改正前の蒲都市一時保育及び特定保育の実施に関する規則第1号様式及び第2号様式、第3条の規定による改正前の蒲都市母子家庭等医療費助成に関する規則第2号様式、第4条の規定による改正前の蒲都市老人福祉法施行細則第1号様式(その4)、第5条の規定による改正前の蒲都市心身障害者医療費助成に関する規則第2号様式及び第3号様式並びに第6条の規定による改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則第1号様式及び第4号様式による用紙で、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23年規則第41号)
- この規則は、公布の日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第7号様式の用紙で、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25年規則第15号)
- この規則は、平成25年4月1日から施行する。
- 附 則(平成26年規則第6号)
- この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第4号様式及び第7号様式の用紙で、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27年規則第19号)
- この規則は、平成27年4月1日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第5号様式及び第6号様式の用紙で、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27年規則第71号)
- この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第1号様式の用紙で、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28年規則第29号)
- この規則は、平成28年4月1日から施行する。
- 附 則(平成30年規則第34号)
- (施行期日)
- 1 この規則は、平成30年10月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- (準備行為)
- 2 改正後の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則(以下「新規則」という。))第3条第1項に規定する医療費助成の認定申請、第4条第1項に規定する受給者証の交付及び第6条に規定する受給者証の更新申請に関し必要な準備行為は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。))前においても行うことができる。
- (経過措置)
- 3 新規則の規定は、施行日以後に行われる医療に関する給付について適用し、施行日前に行われた医療に関する給付については、なお従前の例による。
- 4 施行日前に、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則(以下「旧規則」という。))第4条第1項の規定により交付された精神障害者医療費受給者証(以下「旧受給者証」という。))は、当該旧受給者証の有効期間が満了する日までの間に限り、なおその効力を有する。
- 5 施行日の前日において旧規則第4条第1項の規定により精神障害者医療費受給者認定証の交付を受けていた者は、新規則第4条第1項に規定する申請をした者とみなして、その者に同項に規定する障害者医療費受給者証を交付することができる。この場合において、当該障害者医療費受給者証の交付を受けた者は、当該精神障害者医療費受給者認定証(旧受給者証の交付を受けていたときは、当該旧受給者証を含む。))を、市長に返還しなければならない。
- 6 この規則の施行の際、旧規則の規定による諸様式の用紙で、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(令和2年規則第55号)
- (施行期日)
- 1 この規則は、令和3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、この規則による改正前の諸様式の用紙で、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(令和3年規則第18号)
- この規則は、公布の日から施行する。
- この規則の施行の際、改正前の蒲都市精神障害者医療費助成に関する規則の規定による第1号様式から第5号様式まで及び第7号様式の用紙で、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。
- 第1号様式(第3条、第6条参照)
- (令和3規則18・全改)

第1号様式（第3条、第6条関係）

個人番号			受給者番号		
精神障害者医療費助成（認定・更新）申請書					
藤 郡 市 長 殿					
住所					
申請者					
氏名					
受給（資格）者との続柄（ ）					
電話（ ）					
次のとおり精神障害者医療費助成の（認定・更新）をしてください。					
なお、精神障害者医療費助成の認定又は更新に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること、並びに保険者から直接高額療養費が支払われた場合、藤郡市に当該金額を返還することに同意します。					
受給資格者	住 所	□申請者と同じ			
	ふりがな			年 月 日	生
保険の	被 保 険 者	住 所	□受給（資格）者と同じ		
	氏 名	受給（資格）者との続柄（ ）		年 月 日	生
加入状況	記 号 ・ 番 号	記号	番号	枝番	
	保 険 者 の 氏 名	保険者番号			
保 険 者 の 住 所					
指定自立支援医療機関					
障害区分	1 自立支援医療受給者証	受給者証番号（ ）			
	有効期間	年 月 日	～	年 月 日	
	2 手帳（ 1 ・ 2 ）続	手帳番号（ ）			
	交付年月日	年 月 日	～	年 月 日	
備考	取得年月日				資格取得 転 入 生保等廃止

第2号様式（第4条関係）
（令3規則18・全改）

第2号様式（第4条関係）

受知限内のみ有効

精神障害者医療費受給者証

自立支援医療受給者証（精神通院）の交付を受けた者が精神通院医療を受ける場合に限る。

受 給 者 番 号	
受 住 所	
給 氏 名	
者 生 年 月 日	年 月 日
医 療 機 関 名	自立支援医療受給者証のとり
有 効 期 間	自立支援医療受給者証のとり
発行機関名及び印	愛知県 藤郡市長
交 付 年 月 日	年 月 日

第3号様式（第4条関係）
（令3規則18・全改）

第3号様式（第4条関係）

愛知県内のみ有効	
障害者医療費受給者証 全疾病入通院有効	
自立支援医療（精神通院）の指定自立支援医療機関において は、21公費優先	
受給者番号	
住所	
給氏名	
者生年月日	年 月 日
有効期間	
発行機関名及（印）	愛知県 豊郡市長 
交付年月日	年 月 日

第4号様式（第7条、第11条関係）
（令3規則18・全改）

第4号様式（第7条、第11条関係）

		受給者番号			
精神障害者医療費受給者証再交付申請書 精神障害者医療費受給資格等変更・喪失届					
豊郡市長殿		住所		年 月 日	
		受給者 (家族等)氏名			
		受給者との続柄 ()			
		電話 ()			
次のとおり（再交付の申請 （変更・喪失の届出））をします。					
		変 更 後		変 更 前	
受給者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
被保険者の加入状況	住 所	☐ 受給者に同じ		☐ 受給者に同じ	
	氏 名	受給者との続柄()		受給者との続柄()	
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
	記号・番号	記号	番号	記号	番号
	保 険 者 の 名 称				
指定自立支援医療機関	保 険 者 の 住 所				
	指定自立支援医療機関				
障害区分	1 自立支援医療受給者証	受給者証番号()		<再交付> ☐ 紛失 ☐ 再招(破損) 状況(再交付年月日) (. .)	
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
	2 手帳(1 ・ 2)紙	手帳番号()			
備考	交付年月日	年 月 日			
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日			

第5号様式（第8条関係）
（令3規則18・全改）

精神障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

薩 郡 市 長 殿

住所 薩郡市

受給者 氏名

電話 ()

次のとおり精神障害者医療費助成金の交付を申請します。

受 給 者 番 号												
受 給 者 名											年 月 日 生	
加 入 保 険	記号・番号											
	被保険者名											
	保 険 者 の 名 称									期 間 給 付 有・無	円	
医療に要した費用	費用額	円				高 額 療 養 費 助 成 金				円		
	医療費	円								円		
振 込 先	銀行 店											
	フリガナ											
	口座名義人										口座番号	番・当

医 療 等 の 状 況											
疾 病 名											
診 療 月	年	月	初 診 日	日	受給者支払額(保険診療分)				円		
入 院	日数	日	点	点	先 公 費 の 費 用 負 担 分 額 ・ 精 神 に よ	日数	日	点	点		
入 院 外	日数	日	点	点		日数	日	点	点		
病 科	日数	日	点	点		日数	日	点	点		
薬 剤	日数	日	点	点		日数	日	点	点		
上記のとおりです。											
受給者 年 月 日 様				住所 氏名(名称)				医療機関			

※診療明細のわかる領収書があれば医療等の状況の記入は不要です。

第6号様式(第9条関係)
(平30規則34・全改)

年 月 日

精神障害者医療費助成金交付決定通知書

薩郡市長 印

次のとおり医療費助成金の交付を決定します。

年 月支払分	受給者名・施術者名		
診 療 月	療 養 費 の 種 別	助 成 額	
交 付 決 定 額	円		
振 込 日			
振 込 口 座			

なお、この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に薩郡市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内（通知を受けた日の翌日から起算します。）に、薩郡市を被告として（訴訟において薩郡市を代表する者は薩郡市長となります。）、提起しなければなりません。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送付を受けた日から6か月以内（送付を受けた日の翌日から起算します。）に提起しなければならないこととされています。

第7号様式(第11条関係)
(令3規則18・全改)

										年 月 日	
商標市長 殿										(〒 ー)	
受給者 住所 (家族等)氏 名 電 話											
下記のとおりにお届けします。											
事故発生日				年 月 日 午(前・後) 時 分				事故発生場所			
受給者番号・医療証番号				社保・国保の保険者名				事故原因と状況			
被害者名 (受給者名)				被保険者等の 記号・番号 フリガナ				職業			
				氏 名				続柄		生年 月 日	
運 転 者				氏 名				生年 月 日		年 月 日	
				(〒 ー)							
保 有 者				職 業				電 話 ()			
				氏 名				生年 月 日		年 月 日	
契 約 者				住 所 (〒 ー)							
				職 業				電 話 ()			
自 賠 責 保 険				本人・親族(続柄)・事業主・その他()							
				氏 名				生年 月 日		年 月 日	
任 意 保 険 (対人)				(〒 ー)							
				住 所				電 話 ()			
事 項				職 業				電 話 ()			
				運 転 者 本人・親族(続柄)・事業主・その他()							
自賠責 有 無				保 険 会 社				証 明 書 番 号			
任意保険 (対人)				有 保 険 会 社				支 店 名		課 名 担 当 者 名	
				証 券 番 号							
								電 話 ()			
医療機関の所在地・名称(氏名)				傷 病 名				初 診 日		年 月 日	
当 初								保険診療		有 ・ 無	
								保険診療 開始日		年 月 日	
転 医 後								診療見込期間			
								診療見込金額		円	

注意 この届出書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 委任状兼同意書 2 事故発生状況報告書 3 交通事故証明書 4 念書等