

改正

平成27年12月25日規則第45号

平成28年3月31日規則第60号

平成31年2月20日規則第8号

令和2年6月26日規則第34号

令和3年8月24日規則第31号

佐倉市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則

佐倉市重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則（昭和58年佐倉市規則第2号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、佐倉市重度心身障害者の医療費助成に関する条例（平成27年佐倉市条例第32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。

（同一生計者）

第2条 条例第3条第2項第2号の規則で定める者（以下「同一生計者」という。）は、次の各号に掲げる重度心身障害者の区分に応じ、当該各号に定める者とする。ただし、重度心身障害者の保護者が高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第50条に規定する被保険者（以下「後期高齢者医療の被保険者」という。）である場合（第2号に掲げる場合に限る。）は、当該重度心身障害者の保護者及び同号に定める者とする。

- （1） 重度心身障害者が医療保険各法（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）及び高齢者の医療の確保に関する法律を除く。以下この号並びに次条第2項第1号及び第2号において同じ。）の規定による被扶養者である場合 当該重度心身障害者の加入している医療保険各法の規定による被保険者
- （2） 重度心身障害者が国民健康保険法第5条又は同法第19条第1項の被保険者（以下「国民健康保険の被保険者」という。）である場合 国民健康保険の被保険者（当該重度心身障害者と同一の世帯に属する者に限る。）
- （3） 重度心身障害者が後期高齢者医療の被保険者である場合 後期高齢者医療の被保険者（当該重度心身障害者と同一の世帯に属する者に限る。）

2 重度心身障害者が、同一生計者（当該重度心身障害者の配偶者を除く。）の扶養親族（地方税

法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第8号に規定する扶養親族をいう。）及び医療保険各法に規定する被扶養者に該当しないときは、前項の規定の適用については、同一生計者を、当該重度心身障害者の配偶者のみであるものとする事ができる。

（所得割の額）

第3条 条例第3条第2項第2号の所得割の額（以下「所得割の額」という。）の算定は、次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に定める方法により行うものとする。

- （1） 地方税法第314条の7並びに附則第5条の4第6項及び第5条の4の2第6項の規定による控除をされるべき額がある場合 当該控除されるべき額を加算する。
- （2） 地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。以下この号において「扶養親族」という。）及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。以下この号において「特定扶養親族」という。）がある場合 同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。）に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除する。
- （3） 地方税法第318条に規定する賦課期日において指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。）の区域内に住所を有する者である場合 指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして算定する。

2 所得割の額の合算は、次の各号に掲げる重度心身障害者の区分に応じ、当該各号に定める額を合算することにより行うものとする。

- （1） 重度心身障害者が医療保険各法の規定による被保険者である場合 当該重度心身障害者の所得割の額
- （2） 重度心身障害者が医療保険各法の規定による被扶養者である場合 当該重度心身障害者に係る同一生計者の所得割の額
- （3） 重度心身障害者が国民健康保険の被保険者又は後期高齢者医療の被保険者である場合 当該重度心身障害者及び当該重度心身障害者に係る同一生計者の所得割の額

（受給券の交付の申請）

第4条 条例第6条の規定による申請は、重度心身障害者医療費助成申請書（別記様式第1号）に次に掲げる書類を添付して行うものとする。ただし、市長が当該事項について、本人の同意を得て公簿により確認できる場合は、この限りでない。

- （1） 身体障害者手帳（身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交

付されたものをいう。)、療育手帳(知的障害者の福祉の増進を図るため、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第10条第2項の児童相談所(以下「児童相談所」という。))又は知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第9条第6項に規定する知的障害者更生相談所(以下「知的障害者更生相談所」という。))において知的障害者と判定された者に対し都道府県知事又は地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項に規定する指定都市の長から交付される手帳で、障害の程度その他の事項の記載があるものをいう。)若しくは精神障害者保健福祉手帳(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)第45条第2項の規定により交付されたもの又は同条第4項の規定による認定を受けた者に係るものをいう。以下同じ。))又は児童相談所若しくは知的障害者更生相談所の判定書

(2) 医療保険各法の規定により交付された重度心身障害者に係る被保険者証又は組合員証(以下「被保険者証等」という。)の写し

(3) 重度心身障害者及び同一生計者に係る当該年度(4月から7月までの申請にあっては、前年度)の市町村民税額を証する書類

(4) その他市長が必要と認める書類

2 条例第6条に規定する受給券(以下「受給券」という。)は、重度心身障害者医療費助成受給券(別記様式第2号)とする。

(受給券の交付等)

第5条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定しなければならない。

2 市長は、前項の規定により助成することを決定したときは、当該申請を行った者(以下「助成申請者」という。)に受給券を交付しなければならない。

3 条例第2条第1号エに該当する者(同号アからウまでのいずれかに該当する者を除く。以下同じ。)が有する精神障害者保健福祉手帳の有効期限が条例第7条第1項に規定する7月31日より前に到来する場合については、当該精神障害者保健福祉手帳の有効期限を受給券の有効期間の満了の日とする。

4 市長は、第1項の規定により助成しないことを決定したときは、重度心身障害者医療費助成非該当通知書(別記様式第3号)により助成申請者に通知するものとする。

(届出)

第6条 条例第8条の規定による届出は、第4条の規定による申請をした事項に変更があったときに、重度心身障害者医療費申請事項変更届(別記様式第4号)に次に掲げる書類を添えて、市長

に対し行うものとする。

(1) 受給券

(2) 次に掲げる変更の内容の区分に応じ、それぞれ次に定める書類。ただし、市長が当該事項について、本人の同意を得て公簿により確認できる場合は、この限りでない。

ア 加入医療保険の変更 被保険者証等の写し

イ 同一生計者の変更（その増減を含む。） 変更後の同一生計者に係る当該年度（4月から7月までの届出にあっては、前年度）の市町村民税額を証する書類

2 市長は、前項の届出があったときは、その内容を確認し、当該届出を行った者に変更のあった事項を記載した受給券を速やかに交付するものとする。

3 前項の規定により交付された受給券の有効期間は、従前の受給券の有効期間と同一の期間とする。ただし、所得割の額の課税状況に変更があるときは、当該届出があった日の属する月の翌月1日から従前の受給券の有効期間の満了の日までとする。

（受給券の再交付）

第7条 受給券を紛失し、破損し、又は汚損した者は、重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書（別記様式第5号）を市長に提出しなければならない。この場合において、受給券を破損し、又は汚損した者は、当該破損し、又は汚損した受給券を添付しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、受給券を再交付するものとする。この場合において、当該受給券の有効期間は、従前の受給券の有効期間と同一の期間とする。

（有効期間の更新）

第8条 市長は、第5条第2項、第6条第2項及び前条第2項の規定により交付した受給券の有効期間が終了した場合において、当該受給券の交付を受けた重度心身障害者が引き続き条例第3条に規定する助成対象者に該当すると認めるときは、改めて受給券を交付するものとする。当該改めて交付した受給券の有効期間が終了したときについても、同様とする。

2 前項の規定により受給券を交付された者のうち、条例第2条第1号エに該当するものであって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第4項の規定による認定を受けたものの受給券の有効期間は、当該受給券の交付の日から同日以後最初に到来する7月31日（同日前に精神障害者保健福祉手帳の有効期限が到来する場合については、その日）までとする。

（受給券の返納）

第9条 受給券の有効期間が終了したとき又は助成対象者でなくなったときは、速やかに市長に受給券を提出しなければならない。

(助成の申請)

第10条 条例第9条第3項の規則で定める申請は、重度心身障害者医療費助成金給付申請書（別記様式第6号）に次に掲げる書類を添付して市長に申請するものとする。

(1) 受給券の写し

(2) 保険医療機関等が発行する重度心身障害者医療費受領証明書（別記様式第7号）又は領収書

(助成金の支払い)

第11条 市長は、前条の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、助成金の支払いの可否を決定しなければならない。

2 市長は、前項の規定により助成金を支払うことを決定したときは、前条の申請を行った者に重度心身障害者医療費助成金給付決定通知書（別記様式第8号）により通知し、助成金を支払わなければならない。

3 市長は、第1項の規定により助成金を支払わないことを決定したときは、前条の申請を行った者に対し重度心身障害者医療費助成金給付非該当通知書（別記様式第9号）により通知しなければならない。

(関係簿冊)

第12条 市長は、助成の適正を期するため、助成に必要な事項を記載した台帳を作成し、常に整理しておかななければならない。

(医療機関における経費)

第13条 市は、保険医療機関等が重度心身障害者医療費受領証明書を重度心身障害者又は保護者に交付したときは、当該保険医療機関等に1件につき100円を超えない範囲で手数料を支払うものとする。ただし、当該保険医療機関等に市が支払うべき手数料を重度心身障害者又は保護者が負担したときは、当該負担をした者に支払うものとする。

(補則)

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

(施行期日)

1 この規則は、平成27年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日前に受けた医療については、なお従前の例による。

- 3 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施行令（平成18年政令第10号。以下「施行令」という。）附則第12条に規定する期間において、重度心身障害者が施行令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者に該当するときは、改正後の佐倉市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則第3条第2項の規定の適用については、同項の規定により合算した額と同じ額を控除するものとする。

附 則（平成27年12月25日規則第45号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の様式であつて、その用紙が現に残存しているものについては、当分の間、その用紙に所要の補正を加えて使用することができる。

附 則（平成28年3月31日規則第60号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成31年2月20日規則第8号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年6月26日規則第34号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和2年8月1日から施行する。

（準備行為）

- 2 佐倉市重度心身障害者医療費の助成に関する条例（平成27年佐倉市条例第32号）第2条第1号エに該当する者に係る受給券の交付の申請その他必要な行為は、この規則の施行前においても行うことができる。

附 則（令和3年8月24日規則第31号）

（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 改正後の佐倉市重度心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則は、重度心身障害者が医療を受けた月が令和3年8月以後の場合における重度心身障害者医療費の助成について適用し、重度心身障害者が医療を受けた月が同年7月以前の場合における重度心身障害者医療費の助成については、なお従前の例による。

別記

様式第1号（第4条関係）

重度心身障害者医療費助成申請書

（宛先）佐倉市長

佐倉市重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請日	年 月 日	申請事由	1 手帳取得 2 転入 3 その他
申請者 （助成資 格者）	フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日
	住所		個人番号
保護者	フリガナ 氏名		
	住所		個人番号
手帳	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 精神障害者保険福祉手帳		手帳番号 第 号
加入医療 保険	記号番号 又は被保 険者番号	記号 番号 被保険者番号	医療保険 名称

公簿による確認等について

本制度を利用するに当たり、私及び私と同一の医療保険に加入する者は、本制度に該当する間、重度心身障害者医療費助成制度による所得判定に必要な世帯状況の確認及び市民税課税状況の確認のために、佐倉市が課税台帳等の公簿により確認をすることに同意します。また、佐倉市が、審査に必要な課税情報等を佐倉市以外が保有する場合においては、佐倉市が個人番号による照会を行うことに同意します。

あわせて、今後、高額療養費の支給申請に当たり、佐倉市の実施している重度心身障害者医療費の助成と高額療養費で重複が生じた場合、私が受けている重度心身障害者医療費の助成額を限度に、佐倉市が私に代わり全額又は一部の高額療養費を受け取ることに同意します。

また、上記の目的のために必要な私の個人情報を、加入している医療保険の保険者や千葉県後期高齢者医療広域連合（以下「医療保険者等」という。）に提供すること及び医療保険等が保有する情報を閲覧又は資料の提供を求めすることに同意します。

受給者 _____ 印
(自署又は記名押印)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)

様式第2号 (第4条関係)

重度心身障害者医療費助成受給券

公費負担者番号									
受給者番号									
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
有効期間									
自己負担額	通院								
	入院								
	保険調剤								
	入院時 食事療養費								
佐倉市長		印							

注意事項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、接骨院等を含む。）に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関又はこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分を一旦支払い、その後で償還の手続をしてください。
(※後日口座振込 必要書類等：領収書（原本）、受給券・保険証のコピー、印鑑)
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1か月に自己負担額が限度額を超える場合は、超えた額について医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日保険者に償還の申請をしてください。
- 4 更生医療、育成医療、特定疾患治療研究事業等、他の医療給付の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 次のような変更があった場合は速やかに届け出てください。
 - (1) 市外へ転出するとき。(受給券返却)
→転出後はこの券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問い合わせください。
 - (2) 加入している健康保険を変更したとき。(受給券及び新しい保険証添付)
 - (3) 住所を変更したとき。(受給券添付)
 - (4) 氏名を変更したとき。(受給券添付)
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき。
 - (6) その他資格事項に変更が生じたとき。(受給券及び変更事項を証明する書類添付)
- 6 有効期間が過ぎた受給券は返却してください。
- 7 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市による過払いが生じた場合には、後日、市から返還請求をさせていただきます。
[問い合わせ先]

第 号
年 月 日

様

佐倉市長



重度心身障害者医療費助成非該当通知書

年 月 日から 年 月 日までの期間の重度心身障害者医療費の助成については、下記の理由により非該当となりますので通知します。

記

理由

この処分に不服がある場合には、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、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、この通知を受けた日の翌日から起算して（審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して）6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、提起することができます。

様式第4号 (第6条関係)

重度心身障害者医療費申請事項変更届

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

届出人 住 所 _____
 氏 名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

次の事項について、変更がありましたので届け出ます。

受給者氏名			
受給者番号			
変更事項	氏名		
	住所		
	加入医療 保険変更	名称	
		記号番号	/
	世帯の 課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税所得割額 課税 → 非課税 <input type="checkbox"/> 住民税所得割額 非課税 → 課税	
その他			
変更年月日	年	月	日

同意書

重度心身障害者医療費助成制度による所得判定に必要な世帯状況の確認及び市民税課税状況の確認のために、佐倉市が課税台帳等の公簿により確認をすることに同意します。また、佐倉市が、審査に必要な課税情報等を佐倉市以外が保有する場合には、佐倉市が個人番号による照会を行うことに同意します。

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印 (個人番号: _____)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印 (個人番号: _____)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印 (個人番号: _____)

重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

下記の重度心身障害者医療費助成受給券の再交付を受けたいので申請します。

受給者	番 号	
	住 所	
	氏 名	
再交付の理由	1 紛失 2 汚損・破損	
備考		

重度心身障害者医療費助成金給付申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

（自署又は記名押印）

電話番号 _____

個人番号 _____

受給者との続柄 _____

重度心身障害者医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受給者住所							
受給者氏名							
受給者番号							
附加給付	1 あり（自己負担限度額 _____ 円） 2 なし						
振込先	1 登録済口座 2 下記の口座						
金融機関名	支店名	口座種別					
口座名義人 カナ							
口座名義人 漢字							

重度心身障害者医療費受領証明書

年	月診療分	患者氏名	
診療日数	日	種別	入院・外来・調剤・他
保険種別	国保・国保退職・協会けんぽ・組合・共済・その他		
保険請求総点数	点		
自己負担額	円		
証明経費	有・無（○で囲んでください。）		
証明手数料	円		

上記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

所在地
名称
代表者

印

第 号
年 月 日

様

佐倉市長



重度心身障害者医療費助成金給付決定通知書

下記のとおり重度心身障害者医療費助成金の支給額を決定しましたので通知します。

記

受給者番号

受給者氏名

支給額

振込日

振込先

金融機関

本支店名

口座番号

口座名義人

この処分に不服がある場合には、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、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、この通知を受けた日の翌日から起算して（審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して）6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、提起することができます。

第 号
年 月 日

様

佐倉市長



重度心身障害者医療費助成金給付非該当通知書

年 月 日付で申請のあった重度心身障害者医療費助成金給付については、下記の理由により非該当となりますので通知します。

記

理由

この処分に不服がある場合には、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、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、この通知を受けた日の翌日から起算して（審査請求をした場合は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して）6か月以内に、市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、提起することができます。