

○野洲市福祉医療費助成条例施行規則

平成16年10月 1 日

規則第65号

改正 平成17年 7 月 7 日規則第29号
平成18年 4 月 1 日規則第25号
平成18年12月28日規則第62号
平成20年 3 月17日規則第 8 号
平成21年 5 月20日規則第18号
平成22年 3 月25日規則第17号
平成24年 3 月30日規則第16号
平成25年 4 月 1 日規則第18号
平成26年 5 月19日規則第18号
平成26年 9 月16日規則第29号
平成27年12月28日規則第53号

(趣旨)

第1条 この規則は、野洲市福祉医療費助成条例（平成16年野洲市条例第105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。

(条例第2条第9号の規則で定める施設)

第2条 条例第2条第9号に規定する施設は、次に掲げるものとする。

- (1) 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5条第6項に規定する療養介護サービスを実施する施設
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条に規定する障害児入所施設
(平22規則17・追加、平24規則16・平25規則18・一部改正)

(重度心身障害者（児）の対象とならない者が入所する施設)

第3条 条例第2条第10号に規定する施設は、児童福祉法第7条に規定する児童福祉施設であつて、次に掲げるものとする。

- (1) 乳児院
- (2) 児童養護施設
- (3) 情緒障害児短期治療施設
- (4) 児童自立支援施設

(平18規則62・全改、平22規則17・旧第2条繰下・一部改正)

(附加給付の取扱い)

第4条 助成対象者又は保護者は、当該助成対象者が附加給付を行う定めのある保険者又は共済組合の被扶養者であるときは、受給券の交付の申請又は福祉医療費の助成申請と同時に附加給付返還確約書

(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

- 2 助成対象者又は保護者は、医療の給付を受けた助成対象者に係る附加給付を当該保険者又は共済組合から支給されたときは、市長が別に定める方法により、当該給付を受けた附加給付に相当する額を市長に返還しなければならない。

(平22規則17・旧第3条繰下)

(条例第2条第10号及び第3条の規則で定める額)

第5条 条例第2条第10号及び第3条の規則で定める額は、次の各号の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 重度心身障害者(児) 国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令(昭和61年政令第54号。以下「措置令」という。)第52条の表第6条の4第1項に規定する額
- (2) 重度心身障害者(児)の配偶者又は重度心身障害者(児)の民法(明治29年法律第89号)第877条第1項に定める扶養義務者で、主として当該重度心身障害者(児)の生計を維持するもの 措置令第52条の表第5条の4第2項の項下欄に規定する額

(平22規則17・追加)

(条例第4条第4項の規則で定める額)

第6条 条例第4条第4項前段の規則で定める額は、ひとり暮らし寡婦及びひとり暮らし高齢寡婦にあつては、措置令第52条の表第6条の4第1項に規定する額、父子家庭の父等にあつては、措置令第46条第4項に規定する額とする。

- 2 条例第4条第4項後段の規則で定める額は、措置令第52条の表第5条の4第2項に規定する額とする。

(平22規則17・旧第4条繰下・一部改正)

(条例第4条第5項の規則で定める所得の範囲及びその額の計算方法)

第7条 条例第4条第5項に規定する所得の範囲及びその額の計算方法は、国民年金法施行令等の一部を改正する等の政令(昭和61年政令第53号)第1条の規定による改正前の国民年金法施行令(昭和34年政令第184号)第6条及び第6条の2に規定する所得の範囲及び計算方法とする。

(平22規則17・旧第5条繰下・一部改正)

(受給券の申請)

第8条 条例第5条第1項に規定する福祉医療費受給券(様式第2号その1、様式第2号その2、様式第2号その3)(以下「受給券」という。)の交付申請をしようとする者は、福祉医療費受給券交付・更新申請書(様式第3号その1の1)に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 助成対象者、助成対象者の配偶者、扶養義務者(民法第877条第1項の直系親族及び兄弟姉妹をいう。以下同じ。)及び保護者の課税状況が分かる書類 次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める年(1月から12月まで)の所得に係る課税状況が分かる書類

ア 助成対象者が乳幼児以外の申請で、申請しようとする受給券の有効期間の開始日が1月1日か

ら7月31日までの場合 前々年

イ 助成対象者が乳幼児以外の申請で、申請しようとする受給券の有効期間の開始日が8月1日から12月31日までの場合 前年

ウ 助成対象者が乳幼児の申請で、申請しようとする受給券の有効期間の開始日が1月1日から9月30日までの場合 前々年

エ 助成対象者が乳幼児の申請で、申請しようとする受給券の有効期間の開始日が10月1日から12月31日までの場合 前年

(2) 助成対象者の健康保険被保険者証の写し

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認める書類

2 市長は、条例第5条第1項の規定により乳幼児の保護者から交付申請があった場合には、乳幼児福祉医療費受給申請に係る調書（様式第3号その1の2）を添付させなければならない。

3 市長は、条例第5条第1項の規定により母子家庭から交付申請があった場合には、母子家庭福祉医療証明書（様式第3号その2）を添付させなければならない。ただし、市長において母子家庭の確認ができる場合は、母子家庭福祉医療証明書の添付は必要ないものとする。

4 市長は、条例第5条第1項の規定により父子家庭から交付申請があった場合には、父子家庭福祉医療証明書（様式第3号その3）を添付させなければならない。

5 市長は、条例第5条第1項の規定によりひとり暮らし寡婦及びひとり暮らし高齢寡婦から交付申請があった場合には、ひとり暮らし（高齢）寡婦申立書（様式第3号その4）を添付させなければならない。ただし、申立書の内容に疑義を認めたときは、ひとり暮らし（高齢）寡婦調査票（様式第3号その5）に基づき、実態調査をするものとする。

（平17規則29・平18規則25・平18規則62・一部改正、平22規則17・旧第6条繰下・一部改正、平26規則29・平27規則53・一部改正）

（受給券の更新）

第9条 受給券は条例第4条第4項の規定に該当しないことを確認するため、有効期間を定めるものとする。

2 助成対象者又は保護者は、受給券の有効期間の満了後も引き続き福祉医療費の助成を受けようとするときは、当該受給券の有効期間満了の2月前から1月前までの間に福祉医療費受給券更新申請書（様式第3号その1の1）に前条第1項に掲げる書類及び受給券を添えて市長に提出し、更新を受けることができる。

3 乳幼児については、保護者は、毎年9月30日を基準日として、引き続き福祉医療費の助成を受けようとするときは、当該基準日の2月前から1月前までの間に福祉医療費受給券更新申請書に前条第1項各号に掲げる書類及び受給券を添えて市長に提出し、更新を受けることができる。ただし、市長が保護者の同意を得たうえで公簿等により必要事項を確認できるときは、当該更新に係る申請手続を省略することができる。

(平18規則62・一部改正、平22規則17・旧第7条繰下・一部改正、平26規則29・平27規則53・一部改正)

(受給券の再交付)

第10条 受給券の交付を受けた者は、受給券を破損し、汚損し、又は亡失したときは、福祉医療費受給券再交付申請書(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。

2 受給券を亡失した者は、受給券の再交付を受けた後亡失した受給券を発見したときは、直ちにこれを市長に返還するものとする。

(平22規則17・旧第8条繰下)

(受給券の返還)

第11条 受給券の交付を受けた者が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返還しなければならない。

(平22規則17・旧第9条繰下)

(助成の申請)

第12条 条例第6条第1項の規定による申請は、福祉医療費助成申請書(様式第5号)に当該医療に要した費用の額を証する書類その他市長が必要と認める書類を添えて行うものとする。

2 助成対象者が、滋賀県以外の保険医療機関等において医療の給付を受けたとき、又は医療保険各法の規定に基づく療養費若しくは療養費に相当する家族療養費の支給の対象となる医療の給付を受けたときで、前項の申請をしようとする場合には、医療保険各法の規定に基づき、保険者又は共済組合の当該医療に要した費用に関する療養費若しくは療養費に相当する家族療養費の支給決定通知書又はこれに代わる証明書等を添えて行うものとする。

(平18規則62・一部改正、平22規則17・旧第10条繰下・一部改正)

(福祉医療費の支払)

第13条 市長は、前条第1項及び第2項の規定により福祉医療費助成申請書の提出があったときは、当該助成すべき金額を申請者に支払うものとする。

(平22規則17・旧第11条繰下)

(支払の特例)

第14条 市長は、条例第7条の規定による保険医療機関等から医療の給付を受けた助成対象者が当該保険医療機関等に支払うべき費用の診療報酬請求書(医科・歯科)、訪問看護療養費請求書、調剤報酬請求書、国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書(様式第6号)又は福祉医療費請求書(連名簿)(様式第7号)を受理したときは、当該請求書に基づき、当該助成すべき額に相当する金額を当該保険医療機関等に支払うものとする。

(平20規則8・一部改正、平22規則17・旧第12条繰下・一部改正)

(支払の方法)

第15条 市長は、条例第7条及び前条の規定により、保険医療機関等に支払うべき額の支払に関する事

務を、滋賀県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(平22規則17・旧第13条繰下・一部改正)

(届出)

第16条 条例第10条第1項に規定する規則で定める変更は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 助成対象者又は助成対象者の保護者の居住地及び氏名
- (2) 保険者又は共済組合の名称若しくは所在地
- (3) 保険給付の内容
- (4) 附加給付の有無
- (5) 障害程度の変更
- (6) 母子家庭の母等又は父子家庭の父等が配偶者のない女子又は男子でなくなったとき。
- (7) 母子家庭の母等又は父子家庭の父等が児童のすべてを扶養しなくなったとき。
- (8) 児童が母子家庭の母等又は父子家庭の父等に扶養されなくなったとき。
- (9) ひとり暮らし寡婦又はひとり暮らし高齢寡婦でなくなったとき。

2 条例第10条第1項の届出は、福祉医療費助成対象者等届出書(様式第8号)によるものとする。

(平17規則29・一部改正、平22規則17・旧第14条繰下・一部改正)

(その他)

第17条 この規則に定めるもののほか、福祉医療費の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

(平22規則17・旧第15条繰下)

付 則

(施行期日)

1 この規則は、平成16年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の中主町福祉医療費助成条例施行規則(昭和51年中主町規則第5号)又は野洲町福祉医療費助成条例施行規則(昭和48年野洲町規則第18号)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。

付 則(平成17年規則第29号)

この規則は、平成17年8月1日から施行する。

付 則(平成18年規則第25号)

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

付 則(平成18年規則第62号)

(施行期日等)

1 この規則は、平成18年12月28日から施行し、改正後の様式第3号(その2)及び様式第3号(その3)の規定は、平成18年8月1日から適用する。

(経過措置)

2 平成18年12月27日以前に受けた医療に係る福祉医療費の助成については、なお従前の例による。

付 則（平成20年規則第8号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

付 則（平成21年規則第18号）

この規則は、平成21年6月1日から施行する。

付 則（平成22年規則第17号）

この規則は、平成22年8月1日から施行する。

付 則（平成24年規則第16号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

付 則（平成25年規則第18号）

この規則は、公布の日から施行する。

付 則（平成26年規則第18号）

この規則は、平成26年8月1日から施行する。

付 則（平成26年規則第29号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第1条中野洲市福祉医療費助成条例施行規則様式第3号（その3）の「

民生委員（児童委員）

母子自立支援員（（印））

ひとり親家庭福祉推進

」を「

民生委員（児童委員）__（（印））

母子・父子自立支援員__（（印））

ひとり親家庭福祉推進員__（（印））

」に改める改正規定及び様式第3号（その4）の「民生委員（児童委員）__（（印））」を「

民生委員（児童委員）__（（印））

母子・父子自立支援員__（（印））

ひとり親家庭福祉推進員__（（印））

」に改める改正規定は、平成26年10月1日から施行する。

付 則（平成27年規則第53号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

※ 受給券記号符号番号	福祉番号	受給者番号

附加給付返還確約書

年 月 日

野洲市長 様

住所 野洲市
氏 名 印

(助成対象者名)
〇〇〇〇〇が貴市の福祉医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けたときは、家
(被保険者名)
族療養費附加金相当額を〇〇〇〇〇に代わって医療機関等に支払ってください。
(保険者等の名称)
なお、〇〇〇〇〇から家族療養費附加金を支給されたときは、さきに医療機関等に支
払っていただいた家族療養費附加金相当額を貴市の指定される方法により返還すること
を確約します。

- (注)1 ※印欄は記入しないでください。
2 御本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

様式第2号(第8条関係)
(その1)

(表)			
滋 賀 県 内 の み 有 効			
福 祉 医 療 費 受 給 券			
福 祉 番 号		受 給 者 番 号	
受 給 者	居 住 地		
	氏 名		
	生 年 月 日		
有 効 期 間			
発 行 機 関 の 長 及 び 印			
交 付 年 月 日			
自 己 負 担 金		以下の自己負担金は野洲市が助成するため必要ありません。 入院：1日当たり1,000円(月額14,000円限度) 通院：1診療報酬明細書当たり500円 (ただし、調剤報酬明細書には適用しない)	

(裏)		
注 意 事 項		
1 この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担相当分を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。		
2 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証又は組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。		
3 この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに野洲市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関等に届け出てください。		
4 この券を破損し、汚損し、又は亡失したときは、野洲市長から再交付を受けてください。		
5 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに野洲市長に返してください。		
6 この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代、室料差額等の経費は、公費負担されません。		
7 この券は、他人に譲り渡すことはできません。		
福 祉 医 療 費 助 成 番 号		
県 事 業	41	重度心身障害者(児)
	43	母子家庭
	44	父子家庭
	45	ひとり暮らし寡婦
市 町 事 業	47	重度心身障害者(児)
	49	母子家庭等

(その2)

(表)

滋 賀 県 内 の み 有 効			
福 祉 医 療 費 受 給 券(乳幼児) 平成18年10月改正			
福 祉 番 号		受 給 者 番 号	
受 給 者	居 住 地		
	氏 名		
	生 年 月 日		
有 効 期 間			
発 行 機 関 の 長 及 び 印			
交 付 年 月 日			
自 己 負 担 金	以下の自己負担金は野洲市が助成するため必要ありません。 入院：1日当たり1,000円(月額14,000円限度) 通院：1診療報酬明細書当たり500円 (ただし、調剤報酬明細書には適用しない)		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担相当分を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証又は組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- 3 この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに野洲市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関等に届け出てください。
- 4 この券を破損し、汚損し、又は亡失したときは、野洲市長から再交付を受けてください。
- 5 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに野洲市長に返してください。
- 6 この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代、室料差額等の経費は、公費負担されません。
- 7 この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福 祉 医 療 費 助 成 番 号

県 事 業	40	乳幼児
-------------	----	-----

(その3)

(表)

滋 賀 県 内 の み 有 効			
福 祉 医 療 費 受 給 券			
福 祉 番 号		受 給 者 番 号	
受 給 者	居 住 地		
	氏 名		
	生 年 月 日		
有 効 期 間			
発 行 機 関 の 長 及 び 印			
交 付 年 月 日			
自 己 負 担 割 合			

(裏)

注 意 事 項

- 1 この券は、保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担金(ただし、健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定の例による一部負担金等を除く。)を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証又は組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- 3 この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに野洲市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関に届け出てください。
- 4 この券を破損し、汚損し、又は亡失したときは、野洲市長から再交付を受けてください。
- 5 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに野洲市長に返してください。
- 6 この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代、室料差額等の経費は、公費負担されません。
- 7 この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福 祉 医 療 費 助 成 番 号

県 事 業	46	ひとり暮らし高齢寡婦
-------------	----	------------

様式第3号(その1の1)(第8条、第9条関係)
福祉医療費受給券(交付・更新)申請書

次のとおり、(交付・更新)申請、届出をします。

助成対象者	住所 (変更後)					老人区分	母子父子区分	医 療 種 別 ○印で区分					
	本人 A B C D E	フリガナ 氏 名	性別	本人Aとの続柄	個人番号	低所得 ねたきり ひとり暮らし	死別	1	乳幼児	40	(県 市)		
				生年月日	受給者番号		離婚	2	身 障	41	47		
							生死不明	3	老 人	42	48		
							遺棄	4	母 子	43	49		
							夫・妻障害	5	父 子	44			
							拘禁	6	ひとり暮らし寡婦	45			
							未婚	7	ひとり暮らし高齢寡婦	46			
							18歳未満	8	重障老人	82	85		
									母子・父子老人	83	84 86		
						交付、判定			年 月 日		滋賀県		
						県、府、市			第 号				
						身障・療育手帳内容	11 視覚	12 聴覚	13 平衡	14 音声言語	15 上肢	16 下肢	17 体幹
							18 心臓	19 腎臓	20 呼吸	21 膀胱	22 小腸	23 免疫	24 肝臓
						知的障害区分コード		1 特児支給児童 2 軽度知的障害(B2) 3 中度知的障害(B1) 4 重度知的障害(A1、A2) 5 その他					
配偶者						変更内容略記							
扶養義務者又は保護者						取得事由		喪失事由		更新事由			
住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)						事例該当		13	死亡	21	受給券再交付	81	
						出生		14	転出	22	記号、県市更新	84	
						障害		15	保険喪失	23	扶養義務者更新	85	
						転入		16	生保開始	25	身障手帳等更新	86	
						保険加入		17	切替	26	被保険者更新	88	
加入保険変更後						生保廃止		18	満了	27	被保険者履歴更新	89	
						その他		19	その他	28	訂 正	99	
保険者名						50条非該当		20	後期75歳	29			
									後期50条	30			
保険者所在地													
上記のとおり野洲市福祉医療費助成条例施行規則第8条第1項及び、第9条第2項及び同条第3項の規定による受給券の交付・更新をされたく申請します。 なお、申請(更新)に当たり、受給券交付時及び受給期間中に助成対象者の属する世帯の課税台帳、住民基本台帳等必要事項について、調査・確認することに同意します。 年 月 日 住 所 申請者氏名 野洲市長 様 電話番号 ー ー													

○ 御本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

様式第3号(その1の2)(第8条関係)

乳幼児福祉医療費受給(更新)申請に係る調書

助成対象乳幼児の兄弟姉妹等の構成

	氏 名	生年月日 (年齢)	現 住 所 〔同じ場合は、保護者のみ 記入し、保護者以外は 「同上」〕
保 護 者 (児童手当受給者) (主たる生計維持者)		()	
保 護 者 の 配 偶 者		()	
助 成 対 象 乳 幼 児 の 兄 弟 姉 妹 等	(第1子)	()	
	(第2子)	()	
	(第3子)	()	
		()	
		()	
		()	

注) 第1子等が18歳以上で就労又は住居が同一でない場合も記載してください。

※ 上記の個人情報については、福祉医療助成に係る手続きにのみ用い、当該手続き以外の目的で利用することはありません。

(その2)

母子家庭福祉医療証明書

助 成 対 象 者	氏 名		男女別	生 年 月 日	現 住 所	
	本人(母等)		男・女			
	続柄					
	18歳未満の児童 母等の扶養する			男・女		
				男・女		
				男・女		
			男・女			
			男・女			

上記のとおり母子家庭であることを証明します。

年 月 日

民生委員(児童委員) 印
母子自立支援員 印
ひとり親家庭福祉推進員 印

(その3)

父子家庭福祉医療証明書

助 成 対 象 者	氏 名		男女別	生 年 月 日	現 住 所	
	本人(父等)		男・女			
	続柄					
	18歳未満の児童 父等の扶養する			男・女		
				男・女		
				男・女		
			男・女			

上記のとおり父子家庭であることを証明します。

年 月 日

民生委員(児童委員)印

母子・父子自立支援員印

ひとり親家庭福祉推進員印

(その4)

ひとり暮らし 寡婦
高齢寡婦 申立書

氏 名		生年月 日	年 月 日生(歳)			
住 所						
1 母子家庭として子どもを養育していた時期						
2 児童扶養手当の受給状況	ア 受給していた イ 受給していなかった					
3 現在の世帯の状態	ア ひとり暮らし イ しばらくの間ひとり暮らし (年 月頃まで)					
4 ひとり暮らしになった時期	年 月 日頃					
5 ひとり暮らしになった理由	ア 死 別 イ 別 居 ウ その他 ()					
6 あなたの親、兄弟姉妹及び子どもの状況	ア 有(下の表に記入してください。) イ 無					
	氏 名	年齢	性別	現 住 所	続柄	交流の有 無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
7 あなたの健康状況	ア 健 康 イ 弱 い ウ 病気がち					
8 あなたの主な収入	ア なし イ 事業又は勤労収入 ウ 財産収入 エ 年金等 オ 仕送り カ その他()					
9 あなたへの連絡方法	・電話() ・その他()					
申 請 年 月 日	年 月 日	結 果				

(注) 太線の中だけ記入してください。

(その5)

ひとり暮らし 寡婦
高齢寡婦 調査票

年 月 日 調査
調査者 職氏名 印

氏 名	生年月日		年 月 日生(歳)			
住 所						
1 母子家庭として子どもを養育していた時期 児童扶養手当の受給状況 3 世帯区分 4 ひとり暮らしになった時期 5 ひとり暮らしになった理由 6 扶養義務者等の状況 7 健康の状況 8 主な収入源		氏 名	養育していた 期 間	養育していた 住 所 地		
	第1子					
	第2子					
	第3子					
	ア 受給していた イ 受給していなかった					
	ア 単身 イ 一定期間単身(年 月頃まで) 年 月 日頃					
	ア 死 別 イ 別 居 ウ その他 ()					
	ア 有(下のとおり) イ 無					
	氏	名	年齢	性別	現 住 所	続柄
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
ア 健 康 イ 弱 い ウ 病気がち						
ア 無職 イ 事業又勤労収入 ウ 財産収入						
エ 年金等 オ 仕送り カ その他()						
適 否 判 定	適・否	認 定 年月日	年 月 日	受給券 の始期	年 月 日	

様式第4号(第10条関係)

福祉医療費受給券再交付申請書

年 月 日

野洲市長 様

住 所
申請者
氏 名 

福祉医療費受給券を $\left\{ \begin{array}{l} \text{汚損} \\ \text{破損} \\ \text{亡失} \end{array} \right\}$ しましたので再交付されたく、下記のとおり申請します。

記

助 成 対 象 者	受 給 券	福祉番号 受給者番号		
	居 住 地			
	氏 名		生年月日	年 月 日
保 護 者	住 所 (居 住 地)			
	氏 名			
再 交 付 申 請 の 理 由				

(注)1 汚損し、又は破損した受給券を添付してください。
2 御本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

様式第5号(第12条関係)

科		医	
歯		科	
福 祉 医 療 費 助 成 申 請 書			
年 月 日			
野洲市長 様			
住所			
申請者 氏名			
電話番号 ()			
野洲市福祉医療費助成条例施行規則第12条の規定により、福祉医療費の助成をされたく下記のとおり申請します。			
記			
助 成 申 請 額		金 円	
受 療 年 月 日		年 月 日分 (入院・通院)	
受 給 券		福祉番号 受給者番号	
ふ り が な			
助成対象者氏名			
生 年 月 日		年 月 日生	
加入 保険	記号及び番号		
	被保険者氏名		
	保 険 者 名		
摘 要			
払 渡 希 望 機関の名称	銀行 支店 農協 支所 (普通・当座第 号)		
	ふりがな		
	預金名義人		
添付事項 1 領収書 2 健康保険証			
(注)※印欄は記入しないでください。		支払決定額	※ 円

様式第6号(第14条関係)

国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書

登録記号番号_____

年 月 分 下記のとおり請求する。

年 月 日

保 険 者 番 号					

保険者 野洲市

様

施 術 所 所 在 地
柔道整復師 名 称
氏 名 電 話 番 号

			件数	実日数	金 額	一部負担金
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上8割)		請求 91			
			※決定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)		請求 81			
			※決定			
	一般被保険者		請求 71			
			※決定			
	一般被保険者 (未就学児)		請求 31			
			※決定			
	退 職 者	本 人	請求 851			
			※決定			
		70歳以上 8割	請求 971			
			※決定			
		70歳以上 7割	請求 871			
			※決定			
		被扶養者	請求 771			
			※決定			
未就学児		請求 371				
		※決定				
後期高 齢者医 療	後期高齢者 9割		請求 93			
			※決定			
	後期高齢者 7割		請求 83			
			※決定			
福祉医療費			請求 401			
			※決定			

- 備考1 この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
2 ※の欄は記入しないでください。
3 福祉医療費の欄には、福祉医療に係るものを記入してください。

様式第7号(第14条関係)

福祉医療費請求書(連名簿)

No. _____

事業区分 9				医療機関所在地												医療機関コード	
年 月分 処理区分 2				名称・開設者													
下記のとおり請求する。				氏 名													
年 月 日																	
区分	受給者氏名		保険者番号	公費番号①	公費受給者番号①	診療年月	給付割合	本 家	日 数	請 求 点 数 (柔 整 の 場 合 は 合 計)	一 部 負 担 金 (柔 整 の 場 合 は 合 計)	公費点数①	公費対象患者 負担額①	長	公	科別 番号	
	性別	生年月日	被保険者証記号	公費番号②	公費受給者番号②							公費点数②	公費対象患者 負担額②				
1	2																
2	2																
3	2																
4	2																
5	2																
6	2																
1	合 計					件 数											

様式第8号(第16条関係)

福祉医療費助成対象者等届出書

年 月 日

野洲市長 様

届 出 者 住 所 氏 名 印

野洲市福祉医療費助成条例施行規則第16条の規定により、下記のとおり変更届をします。

記

受 給 券			福祉番号		受給者番号	
変 更 及 び 届 出 事 項	助 成 対 象 者	本 人 (母等・父等)	現住所			
			氏 名			
		母等・父等の扶養する18歳未満の児童	続柄	現住所		
				氏 名		
				現住所		
				氏 名		
	保 護 者		現住所			
			氏 名			
	保 険 者 等		名 称			
			所在地			
	保 険 給 付 の 内 容					
	附 加 給 付 の 変 更					
	理 由			1 障害程度の変更 2 母子・父子要件の変更		
第 三 者 行 為 の 負 傷			1 相手方の {住所 氏名 2 第三者行為の発生状況の概要 3 相手方の費用負担率 未定 確定(割)			

○助成対象者本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

様式第 1 号（第 4 条関係）

（平22規則17・一部改正）

様式第 2 号（第 8 条関係）

（平17規則29・平18規則62・平20規則 8・平22規則17・平26規則18・一部改正）

様式第 3 号（第 8 条、第 9 条関係）

（平17規則29・平18規則62・平20規則 8・平21規則18・平22規則17・平26規則29・平27規則53・
一部改正）

様式第 4 号（第10条関係）

（平22規則17・一部改正）

様式第 5 号（第12条関係）

（平18規則62・平22規則17・一部改正）

様式第 6 号（第14条関係）

（平20規則 8・全改、平22規則17・一部改正）

様式第 7 号（第14条関係）

（平17規則29・全改、平22規則17・一部改正）

様式第 8 号（第16条関係）

（平22規則17・一部改正）