

○野洲市老人福祉医療費助成条例施行規則

平成16年10月 1 日

規則第79号

改正 平成18年12月28日規則第63号

平成20年 3 月17日規則第 9 号

平成21年 5 月20日規則第17号

平成26年 5 月19日規則第19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54号

(趣旨)

第1条 この規則は、野洲市老人福祉医療費助成条例（平成16年野洲市条例第113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。

(附加給付の取扱い)

第2条 助成対象者は、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、老人福祉医療費受給券（様式第2号。以下「受給券」という。）の交付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。

(条例第3条第4項の規則で定める額)

第3条 条例第3条第4項前段の規則で定める額は、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項に規定する額とする。

2 条例第3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項の項下欄に規定する額とする。ただし、同項の規定による低所得老人の配偶者及び扶養義務者にあつては地方税法（昭和25年法律第226号）による市町村民税の所得割を課せられない額とする。

(条例第3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4条 条例第3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。

(受給券の申請)

第5条 受給券（様式第2号）の交付申請をしようとする者は、老人福祉医療費受給券交付・更新申請書（様式第3号その1。以下「申請書」という。）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。なお、ねたきり老人又はひとり暮らし老人の場合には、申請書にねたきり状態申立書（様

式第3号その2)又はひとり暮らし状態申立書(様式第3号その3。以下「申立書」という。)を添付して提出するものとする。

- (1) 助成対象者、助成対象者の配偶者及び扶養義務者(民法(明治29年法律第89号)第877条第1項の直系親族及び兄弟姉妹をいう。以下同じ。)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 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 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

- (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、前項の規定によりねたきり老人又はひとり暮らし老人世帯から受給券の交付申請があった場合において、申立書の内容に疑義を認めたときは、ねたきり老人調査票(様式第3号その4)又はひとり暮らし老人調査票(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27規則54・一部改正)

(受給券の更新)

第6条 受給券は、条例第3条第4項の規定に該当しないことを確認するため、有効期限を定めるものとする。

- 2 低所得老人、ねたきり老人又はひとり暮らし老人である助成対象者は、受給券の有効期間の満了後も引き続き老人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月前までの間に前条第1項の申請書に同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。

- 3 市長は、ねたきり老人及びひとり暮らし老人について、助成要件の確認のため受給券の更新時ごとに申立書を徴し、ねたきり及びひとり暮らしの状態を把握し、助成対象者としての適否を審査するものとする。

(平26規則19・平27規則54・一部改正)

(受給券の再交付)

第7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、老人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。

(受給券の返還)

第8条 受給券を受けた者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに市長に受給券を返還しなければならない。

- (1) 助成対象者でなくなったとき。
(2) 条例第3条第4項の規定により助成されない者となったとき。

(助成の申請)

第9条 条例第5条第1項の規定による申請は、老人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、滋賀県外の保険医療機関において医療給付を受けたとき、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を添えて、行うものとする。

(老人福祉医療費の支払)

第10条 市長は、前条第1項及び第2項の規定により老人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。

(支払の特例)

第11条 市長は、条例第6条の規定により、保険医療機関等から医療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)又は老人福祉医療費請求書(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9・一部改正)

(支払方法)

第12条 市長は、条例第6条又は前条第1項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。

(届出)

第13条 条例第9条第1項に規定する規則で定める変更は、次のとおりとする。

- (1) 助成対象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) ねたきり老人に該当しなくなったとき。
- (6) ひとり暮らし老人でなくなったとき。

2 条例第9条第1項の届出は、老人福祉医療費助成対象者届出書(様式第8号)によるものとする。

(その他)

第14条 この規則に定めるもののほか、老人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。

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、合併前の中主町老人福祉医療費助成条例施行規則（昭和58年中主町規則第1号）又は野洲町老人福祉医療費助成条例施行規則（昭和58年野洲町規則第13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18年規則第63号）

この規則は、平成18年12月28日から施行し、改正後の野洲市老人福祉医療費助成条例施行規則の規定は、平成18年8月1日から適用する。

付 則（平成20年規則第9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17号）

この規則は、平成21年6月1日から施行する。

付 則（平成26年規則第19号）

この規則は、平成26年8月1日から施行する。ただし、第6条第2項の改正規定は、平成25年8月1日から施行する。

付 則（平成26年規則第29号）抄

この規則は、公布の日から施行する。

付 則（平成27年規則第54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2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
氏 名



(助成対象者名)

○ ○ ○ ○ ○ 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

(被保険者名)

は、家族療養費附加金相当額を○○○○○に代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、○ ○ ○ ○ 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2条、第5条関係)

(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、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、容器代及び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	42	65～74歳老人
市町事業	48	老人

(表)

① 滋賀県内のみ有効			
② 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			

様式第3号(その1)(第5条、第6条関係)
老人福祉医療費受給券(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
					29 その他						
				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)				条例該当		13		死亡		21	
				出生		14		転出		22	
				障害		15		保険喪失		23	
				転入		16		生保開始		25	
				保険加入		17		切替		26	
				生保廃止		18		満了		27	
				その他		19		その他		28	
				50条非該当		20		後期75歳後期50条		29 30	
										受給券再交付 81	
										記号、県市更新 84	
										扶養義務者更新 85	
										身障手帳等更新 86	
										被保険者更新 88	
										被保険者履歴更新 89	
										訂 正 99	
加入保険変更後											
被保険者・世帯主				続柄		対象者の本扶区分					
						1一般 4社本					
						2退本 5社家					
						3退家 6後期					
						7他後期					
住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)											
記号				番号	保険者番号						
保険者名				協健 健保 共済 国保 後期							
保険者所在地											
上記のとおり野洲市老人福祉医療費助成条例施行規則第5条第1項及び同条第2項、第6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 電話番号 — —											

○ 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2) (第5条関係)

ね た き り 状 態 申 立 書

氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
住 所	〔 入院中の場合は病院名を書いてください。 〕			世 帯 主 名	
1 ねたきりになった時期	年 月 日 頃				
2 ねたきりになった理由	ア 病 気 (病名がわかれば書いてください。 _____) イ け が ウ 老 衰 エ その他				
3 国民年金法による障害 (福祉) 年金受給の有無	有 無				
4 身体障害者手帳の有無及び程度	有 (級) 無 身障手帳以外に障害の程度の認定を受けている場合は書いてください。 (_____)				
ねたきりの状態					
項 目		程 度			
起きてすわることは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
寝がえりは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
歩くことは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
布団の中で寝ているのは	一日中	ほとんど一日中	半日ぐらい	寝ていない	
顔を洗うことは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
食事をすることは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
服をきたりぬいだりすることは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
風呂にはいることは	できない	手助けにより	どうにか	楽にできる	
排便は	おむつの中で	便器を入れてもらう	自分で便器をつかう	便所にゆける	
(注) 1 現在の自分の状態を正直に書いてください。 2 自分の状態にあうところの□内に○をつけてください。 3 記入内容について疑問がある場合については市町村長から直接電話等によりお尋ねすることがあります。					
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。

ひとり暮らし状態申立書						
氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）	
住 所						
1 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）					
2 ひとり暮らしになった時期	年 月 日頃					
3 ひとり暮らしになった理由	ア 死別 イ 別居 ウ その他（ ）					
4 あなたの親、兄弟、姉妹、子供の状況	ア 有（下の表に書いてください） イ 無					
	氏 名	年齢	性 別	現 住 所	あなたとの続柄	あなたとの交流はありますか
			男・女			有・無
			男・女			有・無
			男・女			有・無
			男・女			有・無
			男・女			有・無
			男・女			有・無
5 あなたの健康の状況	ア 健康 イ 弱い ウ 病気がち					
6 あなたの主な収入	ア なし イ 商売又は勤めている ウ 財産らの収入 エ 恩給又は年金 オ 仕送り カ その他					
7 あなたへの連絡方法	電話（ ） その他（ ）					
申請年月日	年 月 日	結	果			

9/17

様式第3号(その4)(第5条関係)

ね た き り 老 人 調 査 票

調査員印

年

月

日

調査

氏名

性別

男・女

生年月日

年

月

日生(歳)

住所

入院先

世帯主名

1 ねたきりになった時期

年

月

日

頃

2 ねたきりになった原因

ア 脳卒中

イ リウマチ、神経痛

ウ 高血圧症

エ 心臓疾患

オ 眼疾患

カ ぜんそく

キ 結核

ク ガン

ケ 事故

コ 老衰

サ その他

3 国民年金法による障害(福祉)年金受給の有無

有

無

4 身体障害者手帳の有無及び程度

有 (級) 無

ア 視覚

イ 聴覚平衡機能

ウ 音声言語機能

エ 肢体不自由(上肢、下肢、体幹)

オ 心臓又は呼吸器機能

身障手帳以外の障害程度の認定状況()

ねたきりの状態(認定内容)

項目	点数	程 度			
		1	2	3	4
起きてすわることは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
寝がえりは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
歩くことは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
布団の中で寝ているのは		一日中	ほとんど一日中	半日ぐらい	寝ていない
顔を洗うことは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
食事をすることは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
服をきたりぬいだりすることは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
風呂にはいることは		できない	手助けにより	どうにか	楽にできる
排便は		おむつの中で	便器を入れてもらう	自分で便器を使って	便所にいける
老人福祉に基く老人医療費の支給対象である「ねたきり老人等」に該当しなかった理由				その他	

(注)1 認定限度点数は原則として太線以内とする。

2 その他の欄には認定上参考となる民生委員の意見等を記入すること。

認定総点数

点

要否判定

要・否

認定月日

年

月

日

受給券の始期

年

月

日

(判定基準) 認定限度点数は20点とし20点を上回る場合は助成対象者とは認めない。

様式第3号(その5)(第5条関係)

ひとり暮らし老人調査票

					年 月 日 調査		調査員印																																					
氏 名				性 別	男・女	生年月日	年 月 日生(歳)																																					
住 所																																												
1 世帯区分	ア 単 身 イ 一定期間単身(年 月頃まで)																																											
2 ひとり暮らしになった時期	年 月 日頃																																											
3 ひとり暮らしになった理由	ア 死 別 イ 別 居() ウ その他()																																											
4 扶養義務者等の状況	ア 有(下記のとおり) イ 無																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏 名</th> <th>年齢</th> <th>性別</th> <th>現 住 所</th> <th>本人との続柄</th> <th>交 流 状 況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								氏 名	年齢	性別	現 住 所	本人との続柄	交 流 状 況			男・女						男・女						男・女						男・女						男・女			
氏 名	年齢	性別	現 住 所	本人との続柄	交 流 状 況																																							
		男・女																																										
		男・女																																										
		男・女																																										
		男・女																																										
		男・女																																										
5 身体障害の有無	ア 有() イ 無																																											
6 健康の状況	ア 健 康 イ 弱 い ウ 病気がち																																											
7 日常生活の状況	ア 普通にできる イ やや不自由 ウ 要介助																																											
8 職業の有無	ア 無 職 イ 農林漁業 ウ 商人・職人 エ 常用勤労者 オ 日 雇 カ 内職・その他()																																											
9 主な収入源	ア 無収入 イ 事業又は勤労収入 ウ 財産収入 エ 恩給又は年金 オ 仕送り カ その他()																																											
10 住居の状況	ア 自 宅 イ 借 家 ウ 借 間 エ アパート オ その他() 環境(良・不良)																																											
11 電話設備の有無	ア 有・(TEL) イ 無																																											
要否判定	要 ・ 否	認定年月日	年 月 日		受給券の始期	年 月 日																																						

様式第4号(第7条関係)

老人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 印

老人福祉医療費受給券を {汚損
破損
亡失} 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				

- (法) 1 汚損、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9条関係)

科		医	
歯		科	
(老人)福祉医療費助成申請書			
年 月 日			
野洲市長 様			
申請者		住 所	
氏 名		印	
野洲市老人福祉医療費助成条例施行規則第9条の規定により、老人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		年 月 日分(入院・通院)	
受 給 券		福祉番号 受給者番号	
助成対象者氏名			
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 2 3			
(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11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

所在地
施術所名称
電話番号
柔道整復師氏名

			件数	実日数	金 額	一部負担金
国民健康保険	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11条関係)

福祉医療費請求書(連名簿)										事業区分 処理区分		医療機関 所在地 名称 開設者 氏名												No.	
社保用 年 月 分下記のとおり請求する。 年 月 日 記																				医療機関コード					
																				⑩		点数表			
区分	受給者氏名	保険者番号 被保険者証記号	福祉番号 被保険者証番号	受給者番号 被保険者証番号	診療年月	給付割合	本家	日数	請求点数 (柔整の場合は合計)	薬剤一部負担金 (柔整の場合は 一部負担金)	一部負担金 (柔整の場合は 請求金額)	公費対象点数	公費対象 薬剤一部負担金	公費対象 患者負担額	長	公									
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
合 計					件 数																				

様式第8号(第13条関係)

老人福祉医療費助成対象者等届出書

年 月 日

野洲市長 様

住 所
届出者
氏 名 印

野洲市老人福祉医療費助成条例施行規則第13条の規定により変更届をします。

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	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 ねたきり老人要件の変更 2 ひとり暮らし老人要件の変更		
	第三者行為の負傷	住所 1 相手方の{ 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)			

(注)御本人が署名する場合は、印鑑は不要です。

様式第1号（第2条関係）

様式第2号（第2条、第5条関係）

（平20規則9・平26規則19・一部改正）

様式第3号（その1）（第5条、第6条関係）

（平26規則29・全改、平27規則54・一部改正）

様式第3号（その2）（第5条関係）

様式第3号（その3）（第5条関係）

様式第3号（その4）（第5条関係）

様式第3号（その5）（第5条関係）

様式第4号（第7条関係）

様式第5号（第9条関係）

様式第6号（第11条関係）

（平20規則9・全改）

様式第7号（第11条関係）

様式第8号（第13条関係）