

○弟子屈町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

昭和52年11月30日弟子屈町規則第5号

改正

昭和53年12月22日規則第14号

昭和58年1月28日規則第1号

平成6年12月21日規則第23号

平成11年9月29日規則第15号

平成13年6月25日規則第30号

平成14年9月24日規則第17号

平成16年9月30日規則第45号

平成18年4月1日規則第18—3号

平成18年9月12日規則第31号

平成18年11月28日規則第39号

平成20年3月4日規則第7号

平成20年9月18日規則第36号

平成24年4月1日規則第16—4号

平成30年7月3日規則第20号

弟子屈町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、弟子屈町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例(昭和48年条例第18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。

(一部負担金)

第2条 条例第2条第5項の規定による一部負担金は次のとおりとする。

(1) 受給者が3歳未満(3歳に達する日(誕生日の前日)の属する月の末日までの期間を含む。)

又はその属する世帯全員(生活維持者を含む)が町民税非課税者の場合は初診時一部負担金

ア 医科診療に係るときは初診1件につき580円

イ 歯科診療に係るときは初診1件510円

ウ 柔道整復師に係るときは初診1件につき270円

(2) 上記以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)第67条

第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額その他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額（以下「医療費月額限度額」という。）又は令第14条の2の規定の例により算定した高額療養費に相当する額（以下「医療費年額限度額」という。）を控除した額とする。この場合において、医療費月額限度額又は医療費年額限度額の算定に係る高額療養費算定基準額は、次に掲げる区分に従い、それぞれ次に定める額とする。

ア 医療費月額限度額が令第14条第1項の規定の例により算定される場合、令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、57,600円（療養のあった月以前の12月以内に既に医療費月額限度額が支給されている月数が3月以上ある場合にあっては、44,400円）。ただし、条例第2条第1項の各号に該当する者にあっては、医療費月額限度額は2分の1

イ 医療費月額限度額が令第14条第3項の規定の例により算定される場合、令第15条第3項の規定にかかわらず、18,000円

ウ 医療費年額限度額が令第14条の2第1項の規定の例により算定される場合、令第15条第8項の規定する額

（一部負担金と基本利用料の合算）

第2条の2 前条第2号の場合にあって受給者が条例第2条第7項に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

（条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額等）

第3条 条例第3条第3号及び同条第4号に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算法は、別表によるものとする。

（受給者証の交付申請）

第4条 条例第5条の規定による医療に関する経費の助成を受けようとする者又は保護者は、重度心身障害者にあっては、重度心身障害者医療費受給者証交付申請書（別記様式第1号）を、ひとり親家庭等の者にあっては、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書（別記様式第2号）を町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

（1） 重度心身障害者医療に関する経費の助成を受けようとする者は、条例第2条第1項第1号に規定する身障手帳又は同項第2号に規定する状態にあることが判定若しくは診断された書類

又は同項 3 号に規定する精神保健手帳

(2) ひとり親家庭等医療に関する経費の助成を受けようとする者は、現に児童を扶養又は養育している事実を明らかにすることができる書類

(3) 条例第 3 条第 3 号又は同条第 4 号に規定する受給者又は配偶者若しくは扶養義務者の所得の状況を明らかにすることができる書類

3 町長は、前項の規定にかかわらず、申請書に添付すべき書類の内容が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させることができるものとする。

4 町長は、第 2 項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給者の決定)

第 5 条 町長は、条例第 6 条第 1 項により、受給資格者であることを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付通知書（別記様式第 3 号）により、受給資格者であることを承認しないことを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請却下通知書（別記様式第 4 号）により当該申請者に通知するものとする。

(受給者証の交付)

第 6 条 条例第 6 条第 1 項の規定により受給資格者であることを決定したときは、申請者に重度心身障害者医療費受給者証（別記様式第 5 号）又は、ひとり親家庭等医療費受給者証（別記様式第 6 号）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8 月 1 日から翌年の 7 月 31 日までとする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

(受給者証の再交付申請)

第 7 条 受給資格者は、受給者証を破損、汚損又は紛失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするとき、重度心身障害者は、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書（別記様式第 7 号）をひとり親家庭等の者は、ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書（別記様式第 8 号）を町長に提出してその再交付を受けることができる。

(条例第 4 条第 2 項に規定する額等)

第 7 条の 2 条例第 4 条第 2 項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第 15 条第 2 項（同項第 2 号に掲げる者については第 1 号を適用する。）の規定の例による。

(助成金の交付申請)

第 8 条 受給資格者は、条例第 8 条第 2 項の規定による医療に関する経費の支給を受けようとする

とき、重度心身障害者は、重度心身障害者医療費支給申請書（別記様式第9号）をひとり親家庭等の者は、ひとり親家庭等医療費支給申請書（別記様式第10号）を町長に提出するものとする。

（助成金の交付の決定）

第9条 町長は、前条の申請書を受領したときは、その内容を審査し、受給者に支給することを決定したときは、重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費支給決定通知書（別記様式第11号）により当該申請者に通知するものとする。

（届出）

第10条 条例第9条第1号の規定による届出は、重度心身障害者は、重度心身障害者医療費受給資格変更届（別記様式第12号）により、ひとり親家庭等の者は、ひとり親家庭等医療費受給資格変更届（別記様式第13号）により、また、第2号の規定による届出は、重度心身障害者は、重度心身障害者医療費受給資格喪失届（別記様式第14号）により、ひとり親家庭等の者は、ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届（別記様式第15号）により行うものとし、当該届書には、受給者証を添付するものとする。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和52年4月1日から適用する。

附 則（昭和53年12月22日規則第14号）

この規則は、昭和54年1月1日から施行する。

附 則（昭和58年1月28日規則第1号）

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則（平成6年12月21日規則第23号）

この規則は、平成7年1月1日から施行する。

附 則（平成11年9月29日規則第15号）

（施行期日）

この規則は、公布の日から施行し、平成11年4月1日から適用する。

附 則（平成13年6月25日規則第30号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、条例第2条及び第3条の規定は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年9月24日規則第17号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年9月30日規則第45号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年4月1日規則第18—3号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年9月12日規則第31号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成18年11月28日規則第39号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則（平成20年3月4日規則第7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9月18日規則第36号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成24年4月1日規則第16—4号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成30年7月3日規則第20号）

（施行期日）

1 この規則は、平成30年8月1日から施行する。

（適用区分）

2 改正後の弟子屈町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以降の医療に係る医療費の助成について適用し、施行日前の医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

別表（第3条関係）

第3条に規定する所得の額並びに所得の範囲及び所得の額の計算方法

1 所得の額

（1） 条例第3条第3号に規定する所得の額は、前年の所得（1月から7月までの分の医療に関する経費の助成については、前々年の所得とする。以下同じ。）とし、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号）第8条第1項において準用する同令第2条第2項に定める額とする。

（2） 条例第3条第4号に規定する所得の額は、前年の所得とし、児童扶養手当法施行令（昭和36年政令第405号）第2条の4第4項に定める額とする。

2 所得の範囲及び所得の額の計算方法

(1) 所得の範囲

ア 条例第3条第3号に該当する場合にあっては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第2項において準用する同令第4条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第4号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法第9条第2項並びに同法施行令第2条の4第3項及び第3条第1項の規定によるものとする。

(2) 所得の額の計算方法

ア 条例第3条第3号に該当する場合にあっては、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第8条第3項において準用する同令第5条の規定によるものとする。

イ 条例第3条第4号に該当する場合にあっては、児童扶養手当法施行令第4条第1項及び第2項の規定によるものとする。

別記様式第1号（第4条関係）

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号

対象者との続柄

電話番号

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。

記

※受給者番号												
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	住 所										
		フリガナ										
		対 象 者		個 人 番 号								
		生年月日		年 月 日 (歳)		電 話 番 号						
	対 象 者 の 状 況	住 所										
		フリガナ										
		世 帯 主		個 人 番 号								
		対象者との続柄		電 話 番 号								
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	身体障害者 手 帳		交付年月日		年 月 日		身体障害の 等 級		1 ・ 2 ・ 3 級		
		知能 指数 の 判 定	療育 手帳	交付年月日		年 月 日		判 定		A ・ B		
			判定 (診断)	判定(診断)年月日		年 月 日		判 定		重度・中度・軽度		
		医 療 保 険	種 別	協・組・日・船・共・国		記号・番号				付加給付		有・無
			被保険者 (世帯主)			被保険者証 発行機関						
		添 付 書 類		知的障害者については、「重度心身障害者認定診断書」又は「判断書」								
同 意		資格の認定に必要な関係公簿等の確認に同意します。					氏 名		印			
※ 決 定 欄												
所得金額		円		生計維持者		()						
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。												
却下 理由		1 所得オーバー 2 未申告 3 その他 ()										
課 長									決 定 年 月 日		年 月 日	
									証交付年月日		年 月 日	

別記様式第2号(第4条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号 _____

対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

記

※受給者番号									
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	親・子の別		親		子			
		フリガナ							
		対 象 者							
		個 人 番 号							
		生 年 月 日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
		申請者との続柄							
		同居・別居	同居・別居の別	同居・別居		同居・別居		同居・別居	
			別 居 地						
			別居の理由						
	住 所						電 話 番 号		
	受 給 資 格 要 件 の 状 況	父母の氏名状況		父	生存・死亡(年 月 日亡)		母	生存・死亡(年 月 日亡)	
		ひとり親家庭等 となった理由		死別・離別・行方不明・遺棄・拘禁・配偶者の障害 両親の死別・両親の行方不明・その他()				発 生 年 月 日 年 月 日	
		医療 保険	種 別	協・組・日・船・共・国		記号・番号		付加 給付	
			被保険者 (世帯主)			被保険者証 発行機関			
		添 付 書 類							
同 意		資格の認定に必要な関係公簿等の確認に同意します。				氏 名		印	
※ 決 定 欄									
所得金額		円		生計維持者		()			
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。									
2 次の理由により上記申請を却下する。									
却下理由	1 所得オーバー 2 未申告 3 その他()								
課 長							決定年月日		年 月 日
							証交付年月日		年 月 日

別記様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

弟子屈町長

㊟

重度心身障害者 医療費受給者証 交付 通知書
ひとり親家庭等 再交付

年 月 日付けで申請のありました重度心身障害者医療費受給者証 交再
交付 ひとり親家庭等医療費受給者証 交付 申請については、別紙重度心身障害者
医療費受給者証、ひとり親家庭等医療費受給者証を交付いたしますので通知します。

別記様式第4号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

弟子屈町長

㊟

重度心身障害者 医療費受給者証交付申請却下 通知書
ひとり親家庭等

年 月 日付けで申請のありました重度心身障害者医療費受給者証交付
申請、ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請については、次の理由により申請を却下
しましたので通知します。

（理由）

別記様式第5号（第6条関係）

		重度心身障害者医療費受給者証											
公費負担者 番号		45012226				受給者 番号							
		46012225											
受 給 者	住 所												
	氏 名												
	生年月日			年	月	日							
有 効 期 間				年	月	日	から				年	月	日まで
発 行 機 関 名 及 び 印													
交付年月日				年	月	日							

注 意 事 項										
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払ってください。なお、町民税課税世帯については、診療費の1割に相当する額となり限度額は記載のとおりです。 【北海道基準】 町民税非課税世帯（障初・老初） <table style="width: 100%;"> <tr> <td>① 内科受診の場合</td> <td>580円</td> <td rowspan="4">} 初診時に限る (初診時一部負担金)</td> </tr> <tr> <td>② 歯科受診の場合</td> <td>510円</td> </tr> <tr> <td>③ 柔道整復受療の場合</td> <td>270円</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問看護の場合</td> <td>診療費の1割に相当する額</td> </tr> </table> (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。) 町民税課税世帯（障親・老親） 通院費限度額 : 18,000円 【(北海道基準)上乗せ基準】 町民税課税世帯（障親・老親） 入院費限度額 : 28,800円 (ただし、過去12月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、22,200円とする。) 2 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（又は組合証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。		① 内科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)	② 歯科受診の場合	510円	③ 柔道整復受療の場合	270円	④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額
① 内科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)								
② 歯科受診の場合	510円									
③ 柔道整復受療の場合	270円									
④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額									

別記様式第6号（第6条関係）

		ひとり親家庭等医療費受給者証											
公費負担者 番号		93012227				受給者 番号							
受 給 者	住 所												
	氏 名												
	生年月日			年	月	日							
有 効 期 間				年	月	日	から				年	月	日まで
発 行 機 関 名 及 び 印													
交付年月日				年	月	日							

注 意 事 項										
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は次の負担金を支払ってください。なお、町民税課税世帯については、診療費の1割に相当する額となり限度額は記載のとおりです。 【北海道基準】 町民税非課税世帯（親初） <table style="width: 100%;"> <tr> <td>① 内科受診の場合</td> <td>580円</td> <td rowspan="4">} 初診時に限る (初診時一部負担金)</td> </tr> <tr> <td>② 歯科受診の場合</td> <td>510円</td> </tr> <tr> <td>③ 柔道整復受療の場合</td> <td>270円</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問看護の場合</td> <td>診療費の1割に相当する額</td> </tr> </table> (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。) 町民税課税世帯（親親） 入院限度額 : 57,600円 (ただし、過去12月以内に上記額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、44,400円とする。) 通院限度額 : 18,000円 2 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（又は組合証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。		① 内科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)	② 歯科受診の場合	510円	③ 柔道整復受療の場合	270円	④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額
① 内科受診の場合	580円	} 初診時に限る (初診時一部負担金)								
② 歯科受診の場合	510円									
③ 柔道整復受療の場合	270円									
④ 訪問看護の場合	診療費の1割に相当する額									

別記様式第7号（第7条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個人番号 _____
 対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号		受給者氏名	
生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号	
申 請 理 由	1 紛失のため 2 破損のため 3 汚損のため 4 その他 ()		
備 考			

別記様式第8号 (第7条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個人番号 _____
 対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号								受給者氏名	
生年月日	年 月 日							個人番号	
申請理由	1 紛失のため 2 破損のため 3 汚損のため 4 その他 ()								
備考									

別記様式第9号 (第8条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個人番号 _____
 対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、(一部負担分・療養費)を支払いましたので、重度心身障害者医療費の支給を申請します。

記

受給者番号		被保険者証等の記号・番号	
受給者氏名		世帯主・被保険者等氏名	
生年月日	年 月 日	個人番号	
傷病名			
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 (該当する番号を○で囲む)	1 国民健康保険による療養費が支給された 2 社会保険各法による療養費が支給された 3 道外の医療機関等で受診した 4 その他 ()		
備考			

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合 ()		本店 支店 本所 ()									
	預金種別	普通 当座	口座番号										
			口座名義 (カタカナ)										

別記様式第10号 (第8条関係)

ひとり親家庭等医療費支給申請書

年 月 日

弟子屈町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印を省略できます。)

個人番号 _____

対象者との続柄 _____ 電話番号 _____

下記のとおり、（一部負担分・療養費）を支払いましたので、ひとり親家庭等医療費の支給を申請します。

記

受給者番号		被保険者証等の記号・番号	
受給者氏名		世帯主・被保険者等氏名	
生年月日	年 月 日	個人番号	
傷病名			
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 (該当する番号を○で囲む)	1 国民健康保険による療養費が支給された 2 社会保険各法による療養費が支給された 3 道外の医療機関等で受診した 4 その他 ()		
備考			

振込先	金融機関名	銀行		本店										
		信用金庫		支店										
	協同組合		本所											
		()		()										
	預金種別	普通 当座	口座番号											
口座名義 (カタカナ)														

第 号
年 月 日

様

弟子屈町長 印

重度心身障害者 医療費支給決定通知書
ひとり親家庭等

次のとおり重度心身障害者、ひとり親家庭等医療費の支給額を決定しましたので通知します。

- 1 決定支給額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

別記様式第12号（第10条関係）

重度心身障害者医療費受給資格変更届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人	住 所	_____								
	氏 名	_____ 印								
		(自署の場合は押印を省略できます。)								
	個 人 番 号	_____								
	電 話 番 号	_____								
受給者	氏 名	_____								
	受給者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
	生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日								
	個 人 番 号	_____								

以下のとおり、変更を届け出します。

1. 変更事項（該当するものに○印）

- | | |
|--------------|--------------------|
| ・世帯主の住所 | ・世帯主の氏名 |
| ・障害者の住所 | ・障害者の氏名 |
| ・障害者の保険者（組合） | ・被保険者証（組合員証）の記号、番号 |
| ・その他（ | ） |

2. 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人	住 所	_____								
	氏 名	_____ 印								
		(自署の場合は押印を省略できます。)								
	個 人 番 号	_____								
	電 話 番 号	_____								
受給者	氏 名	_____								
	受給者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>								
	生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日								
	個 人 番 号	_____								

以下のとおり、変更を届け出します。

1. 変更事項（該当するものに○印）

- | | |
|----------------|--------------------|
| ・世帯主の住所 | ・世帯主の氏名 |
| ・ひとり親等の住所 | ・ひとり親等の氏名 |
| ・ひとり親等の保険者（組合） | ・被保険者証（組合員証）の記号、番号 |
| ・その他（ | ） |

2. 変更対象者（該当者に○印）

- 1
2
3

3. 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

別記様式第14号（第10条関係）

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人

住 所

氏 名

印

個人番号

電話番号

(自署の場合は押印を省略できます。)

下記のとおり受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出します。

記

受 給 者	1. 市（町・村）へ転出予定 2. 生活保護受給 3. 児童福祉法により児童福祉施設へ収容された 4. 死亡 5. その他 						
受 給 資 格 喪 失 日	年 月 日						
受給者証の受給者 番号及び氏名	受 給 者 番 号						
	氏 名						
	個 人 番 号						

別記様式第15号（第10条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

弟子屈町長 様

届出人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (自署の場合は押印を省略できます。)
 個 人 番 号 _____
 電 話 番 号 _____

下記のとおり受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出します。

記

受 給 者	1. _____ 市（町・村）へ転出予定 2. 生活保護受給 3. 児童福祉法により児童福祉施設へ収容された 4. 死亡 5. その他 _____ _____						
受 給 資 格 喪 失 日	年 月 日						
受給者証の受給者 番 号 及 び 氏 名	受 給 者 番 号						
	氏 名						
	個 人 番 号						

別紙

重度心身障害者認定診断書

ふりがな 氏 名			生 年 月 日	年 月 日生
	男・女			
知的 的 障 害 の 現 症	知能障害の程度		I Q 測定不能	
	身体 障 害	障害の種類	視覚・聴覚・平衡機能・音声又は言語機能 肢体不自由・心臓機能・呼吸器機能	
		障害の程度	身障手帳の 有・無	
	日常生活の介助 の必要度		1 常時介助の必要がある 2 かなり介助の必要がある 3 殆んど介助の必要がない	
	診 断		重 度 中 度 軽 度	
上記のとおり診断します。 年 月 日 診断機関名 所 在 地 診療担当科名 医師氏名 ㊞				

お願い 診断の内 重度とは、知能指数がおおむね35以下（肢体不自由・盲・ろうあ等の障害を有する者についてはおおむね50以下）であって、日常生活において介護を必要とする程度のものとして記入願います。