○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18年11月28日規則第7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方法は、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、前条の申請書を受理したときは、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]							
		住	所										
	対	フリ	ガナ						fro. 1	w			
	象	対:	象 者						個 人	番号			
	者	生年	月日		年 月	日 (歳)			電話	番号			
申	の	住	所										
	状	フリ	ガナ						7/20 78	=27 13	T		
請	況	世	帯 主						個人	番号			
βĦ		対象者	との統柄						電話	番号			
		身体	障害者	交付	年月日		年	月	日	身体	章害の	1 . 2	. 3 in
内	受	手	帳	番	号		第		号	徐	級	1 5 2	O Nex
	給資	知能 指数	療育手帳	交付·番	年月日 号		年第	月	日号	判	定	Α .	В
	格	D 11190	判定	100	(診断) 年月	H	9.555	20	200	17,029	0113		
容	要	判定	(診断)	判定	(診断)機関	名	年	月	日	判	定	重度・中	度・軽度
	件の	医療	種	別	協・組・	日・船・共・	国	記号	・番号			付加給付	有・無
	状	保険	被保					100000000000000000000000000000000000000	険者証				
	况	245	(世界		A., A.L. millionia de	en a company	Total		機関	m etent see	elle i est i	s. Education also	
		添	付書	類	知的障害者	fについては.	. (里)	支心身	障害者論	8定診断	香」又印	ま ・判断番」	
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				3	W	
所得	金額				円	生計維持者	f					()
1 .1	:記申請	内容を署	※査の結果	- 適当	4と認められ	たので受給者	証を2	交付す	る。				
2 8	の理由	により」	上記申請を	対下す	-る。								
却下理由		所得オー その他 (- /< (2 未	申告)
課									決力	定年月日	3	年	月 日
長									NE3	ど付年月	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

24.7	ाल क	r EE	446
分丁	-屈田	1 IX	様

申請者	住	所			
	氏	名			印
	145.701		(自署の場	昜合は押印を省略できます。)	
	個人	番号			
	対象	者との創	克柄	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

		2 給者	番号											
	7 = 3	親	・子の別		親					子				
		フ	リガナ						1					
		対	象 者								0000000000			
	対	個	人 番 号											
	象者	生	年 月 日	(年 月 日 歳)	(年	月 日 歳)	(年	月 日 歳)	(年月	献)
申	0	申請	青者との続柄											
24	状	同居	同居・別居の 別	同思	・別居	同	居・5	別居	I	司居・別	旧居	同是	・別り	居
請	況	别	別居地											
		居	別居の理由											
内		住	所			-			電話	番号				
	受給	父母	の状況	父	生存・死亡	(年	月月	目亡)	母	生存	死亡(年月	日日	<u>亡</u>)
容	資	ひと	り親家庭等	死別・原	難別・行方	不明・遺	棄・扌	句禁・配	偶者の	障害	3	8 生年	月	日
	格要	とな	こった理由	両親の3	尼別・両親 の	の行方不	明・	その他()		年 月		H
	件の	医療	種別	協。為	且・日・船	共・国		記号・	番号			付加 給付	41	・無
	状況	保険	被保険者 (世帯主)					被保険等	7.55.3					
		添	付 書 類											
同	意	資格0	D認定に必要な	関係公簿等	等の確認に同	意しま	す。	氏	名					印
*			決				定				捌			
所得	金額				円 生計	維持者						()
			審査の結果、適 上記申請を却下		られたので	受給者証	Eを交	付する。						
却下理由	986 (1	所得オ・ その他	ーパー 2 オ (卡申告				A11.			7.0)
課									決定	年月日		年	月	日
長									証交付	才年月日		年	月	Ħ

別記様式第3号(第5条関係)

第 号年 月 日

(A)

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 医療費受給者証 再交付 通知書

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 円 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
公費分香	担者	37875	012226	受給者 番号		
受	住	所				
給	氏	名				
者	生年	月日		年	月	Ħ
				年	月	日から
有	効 期	岡		年	月	日まで
	行機					
1000	及 び 付年月	5510		年	月	Ð

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
公費分	1担者	93	0 1 2 2 2 7	受給者		
受	住	所				
給	氏	名				
者	生年	月日		年	月	Ħ
				年	月	日から
有	効期	間		年	月	日まで
36	行機	関				
名	及び	印				
交	付年月	В		年	月	Ħ

別記様式第7号(第7条関係)

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 する鎖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)

① 医科受診の場合 580円 初游時に限る ② 歯科受診の場合 510円 (初診時一部負担金)

③ 柔道整復受療の場合 270円

動間看護の場合 診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)

町民税課税世帯(障機・老課)

通院費即度額 18,000円

【(北海道基準)上乗せ基準】

町民税課税世帯 (障器・老課)

入院費限度額 28,800円

(ただし、過去12月以内に上配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に提出してください。
- 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。

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)

① 医科受診の場合 580円 初節時に限る ② 歯科受診の場合 510円 (初診時一部負担金) ③ 美道整復受機の場合 270円

④ 訪問看護の場合 診療費の1割に相当する額 (ただし、月の負担上限額は8,000円とする。)

町民税課税世帯(義課)

: 57.600円 人院班度額

(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。)

18,000[9] 通效距度額

- 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に提出してください
- 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 にその資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 この証を確ったり、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 有効開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。

	重度心身障害者医療	費受給者証再交付申請書	
弟子屈町長 様			年 月
	申請者 住 所 氏 名		印
		(自署の場合は押印を行	
	個人番号対象者との統括	電話番号	
下記のとおり、重度 受給者番号	E心身障害者医療費受給者証の	再交付を申請します。 記 受給者氏名	
生年月日	年 月 日	個人番号	
申請理由	 紛失のため 破損のため 汚損のため その他()
備考			

別記様式第8号(第7条関係)

			年 月 日
9子屈町長 様			
	申請者 住 所		
	氏 名	(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	
受給者番号		受給者氏名	
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	 紛失のため 破損のため 汚損のため その他()

別記様式第9号(第8条関係)

	1	重度心身	章害者医療	費支給申請書	膝				
							年		月
弟子屈町長 様									
	申請者	(it:	所						
	竹桐竹								印
		氏	名	(自署の	場合は	押印を行	省略でき	きます	
		個人	番号						
		対象者と	- の続柄		ma	香号			
		A PACE O			-				
下記のとおり、(一音	羽負担分・療養乳	費)を支払	ムいました	ので、重度心	》身障害	者医療	費の支統	給を申	請しま
			記						
		1 1	nL	₩/口吹火	Dur Ade				
受給者番号				被保険者の記号・					
受給者氏名				世帯主・	4.000				
		200		険者等E					
生年月日 傷病名	年	月日	1	個人番	分				
傷病名									
療 養 期 間	年	月	日	から	年	月	H	まで	Š.
医療機関	所在地								
ES 70K 10K 10G	名 称								
医療費総額			円	申請	額				
ets data visit ut.	1 国民健康	長保険によ	こる療養費	が支給された					
申 請 理 由 (該当する番号を				が支給された	-				
○で囲む)	3 道外のB 4 その他		育で受診し	た)
··· tr.		03							- 15
備考									
	金融機関名			銀 行信用金庫					本月支月
	機			協同組合					
	関								
振 込 先	名		EP *15502	()					(

別記様式第10号(第8条関係)

(カタカナ)

当 座

	τ	トとり親家	灭庭等医 糖	費支給申請書				
						缉	Ξ Ι	月 日
弟子屈町長 様						21	- /	а н
97 1 /III-1 JK	9 29							
	申請者	住	所					-
		氏	名	/白製の#	場合は押印る	と安設で	* + +	印
		And a	gr. 17	(日有の参	2 C1 (914.H)	E 18 PET C	2)	a /
		個人	errorrenan a		100000000000000000000000000000000000000			
		対象者と	の統柄		電話番号	-		
下記のとおり、(一部	R負担分・療養費	(*) を支払	いました	ので、ひとり着	見家庭等医療	原費の支	給を申	請します。
			201					
			記		- T			
受給者番号				被保険者証の記号・番	2552			
受給者氏名			-	世帯主・被	保			
				険者等氏:				
生年月日	年	月 日	ļ.	個人番	5			
傷病名								
療養期間	年	月	H	から 年	月	日	まで	
医療機関	所在地							
125 79K 19K 19K1	名 称							
医療費総額			円	申請	額			円
申請理由	1000	이번, 하루 (교육 이 원급)		が支給された	-			
(該当する番号を		き各法によ E療機関等		が支給された た				
○で囲む)	4 その他		· (XII) C	76)
備考								
	金			銀行				本店
	金融機関名			信用金庫協同組合				支店本所
振 込 先	名			()				()
	預善通	į	1座番号					
	金種	1	口座名義					

別記様式第11号(第9条関係)

(カタカナ)

当 座

第 号 年 月 日

様

弟子屈町長印

重度心身障害者 ひとり親家庭等 医療費支給決定通知書

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)

第子屈町長 様 届出人 住 所 氏 名 [自署の場合は押印を省略できます。) 関人番号 電話番号 受給者 氏 名 受給者番号 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) ・世帯主の任所 ・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 ()											年	:	月	
氏 名 (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 生年月日 年 月 日 個人番号 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 (該当するものに〇印) ・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 ()	弟子屈町長 様													
(自署の場合は押印を省略できます。) 個人番号電話番号 受給者番号 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 ()		届出人	住	所										
個人番号 電話番号 受給者 氏 名 受給者番号 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(該当するものに〇印) ・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()			氏	名										印
電話番号 受給者 氏 名 受給者番号 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(該当するものに〇印) ・世帯主の任所 ・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()			個人	番号		(自署	の場合に	は押印	を省略	をでき	ます	。)	
受給者番号 生年月日 年月日 月日 個人番号 個人番号 1. 変更事項(該当するものに○印) ・世帯主の任所 ・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()					-									
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 (該当するものに〇印) ・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 ()		受給者	氏	名										
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 ・障害者の住所 ・障害者の任所 ・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 ()			受給者	音番号										
以下のとおり、変更を届け出します。 1. 変更事項 (該当するものに〇印) ・世帯主の住所 ・障害者の住所 ・障害者の任所 ・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 ()			生年	月日	i i			年	月	ii.	日			
 1.変更事項(該当するものに○印) ・世帯主の住所 ・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() 			個人	番号										
 ・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() 	以下のとおり、変更を	:届け出します												
・障害者の任所 ・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()	1. 変更事項(該当す	-るものに○月	1)											
・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()	・世帯主の住所		• t	世帯主	の氏名									
・その他 ()	・障害者の住所		- pa	章害者	の氏名									
	・障害者の保険者	作(組合)	• #	皮保険	者証(組合員	員証)	の記	号、番	号				
2.変更の内容	・その他 ()				
	2.変更の内容													
変更年月日 変 更 前 変 更 後	変更年月日	3	変	更	前				変	更	後			

別記様式第13号(第10条関係)

弟子屈町長 様												
弟子屈町長 様									4	F	月	1
AVERTONIA DE LA COMPONIA DE LA COMP												
	届出人	住	所									
		氏	名								3	印
		ATT 1 S	g. 13		(自	署の場合	合は押	印を省	省略でき	ます	。)	
		個人看		-								
		電話者	番号									
	受給者	氏	名									
		受給者	番号									
		生年月	月日			年		月	日	1		
		個人都	作号									
以下のとおり、変更	『を届け出します	- 0										
1. 変更事項(該当	当するものに○月	1)										
・世帯主の住房	F		• 世	帯主のI	氏名							
・ひとり親等の)住所		· 7	とり親々	摩の氏:	名						
・ひとり親等の	0保険者(組合)		•被	保険者	正(組	合員証)	の氰	号、	番号			
その他()			
2. 変更対象者(記 1	核当者に○印)											
2												
3												
3.変更の内容												
				前				变)	更後			

別記様式第14号 (第10条関係)

	重度心	身障害	者医療費	費受給	資格喪	失届				
								年	月	
子屈町長 様										
Æ	虽出人	住	所							
		氏	名							印
			-		(自署の	場合は	押印を省	î略できま	す。)	
		個人番	: 号							
		電話番	: 号							
	8		75 744	2 444	12/19/10					
受 紿 者		5保護受統福祉法(れた			
受 給 者 受給資格喪失日	2. 生活 3. 児童 4. 死亡	5保護受統福祉法(給				れた			
	2. 生活 3. 児童 4. 死亡 5. その	5保護受統福祉法(給 により児 年		上施設へ					
	2. 生活 3. 児童 4. 死亡 5. その	活保護受統 發福祉法(給 により児 年		上施設へ					

別記様式第15号(第10条関係)

								年	月	
3子屈町長 様								4-	Н	
A LATIN DE PR										
J	届出人	住	所.							
		氏	名						1	11
					(自署の場	合は押印	を省略で	きます	۲.)	
		個人	番号.							
		電話者	番 号							
										- 1
受 給 者		Ċ		見童福祉	施設へ収	容された				
受 給 者 受給資格喪失日	3. 児4. 死	童福祉法 亡		児童福祉	施設へ収	[容された 日				
5255	3. 児4. 死5. そ	童福祉法 亡	年	児童福祉				************		
5255	3. 児4. 死5. そ	童福祉法 一 の他	年	児童福祉						

別紙

重度心身障害者認定診断書

ふりがな				13	生年	年	月	日生
氏 名			男・女	ς	日日			
知	知前	た障害の程度	I Q 測	別定	不能			
的	身体	障害の種類	視覚・聴覚・平衡機能 肢体不自由・心臓機能		MA SERVE		幾能	
障害	障害	障害の程度	身障手帳の		有・	無		
の現	250000	常生活の介助 必要度	1 常時介助の必要が 2 かなり介助の必要 3 殆んど介助の必要	きが、	ある			
症	診	断	重 度 中	1 /	度	軽	度	
上記のと	とおり	診断します。				年	月	日
診断機関	月名					2.5	0.75	55701
所 在	地							
			診療担当科名	DE I	師氏名			(B)

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。