

改正

昭和53年3月16日規則第2号

昭和58年1月28日規則第1号

平成5年3月24日規則第5号

平成8年12月24日規則第16号

平成11年3月30日規則第9号

平成13年6月27日規則第13号

平成14年9月26日規則第16号

平成16年9月30日規則第9号

平成18年3月29日規則第4号

平成18年9月29日規則第17号

平成18年11月1日規則第20号

平成20年3月5日規則第4号

平成20年9月30日規則第21号

平成28年6月24日規則第23号

令和元年7月31日規則第5号

令和2年12月11日規則第19号

豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第33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。

(定義)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(受給資格の認定申請の手続)

第3条 条例第5条の規定により、重度障害者医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、重度障害者医療費受給資格認定申請書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出しなければならない。

(1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）

(2) 条例第2条第1項第1号の重度及び同項第3号の中等度の知的障害者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）による身体障害者手帳、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）による精神障害者保健福祉手帳

(3) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類

(4) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を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することができる。

(医療証の交付及び不交付の通知)

第4条 条例第6条第1項の規定による重度障害者医療証（以下「医療証」という。）の交付は、6歳から15歳の者に対しては重度障害者医療証（様式第2号（子ども医療））により、15歳から65歳未満の者に対しては重度障害者医療証（様式第3号又は様式第3号の2）により、65歳以上の者に対しては重度障害者医療証（様式第4号又は様式第4号の2）により行うものとする。

2 市長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、申請者に通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第5条 医療証の有効期限は、条例第5条第1項の規定により認定を受けた場合は、認定後最初に到来する9月30日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号に定める日までとする。

(1) 有効期限までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障害者の受給資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日

(2) 15歳に達する場合 15歳に達する日以後の最初の3月末日

(3) 65歳未満の者が有効期限までに65歳に達する場合 65歳に達する日の属する月の末日

2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を速やかに市長に返還しなければならない。ただし、療育手帳を交付されている者にあつては、当該手帳により障害の程度が「A」であることを確認のうえ認定された者は、再判定の申請が行われている事実をもって、再判定がなされるまでの間、医療証を有効とみなす。また、その場合判定の結果、当該医療費受給資格に該当しなくなった場合は、判定の日の属する月の末日をもって、重度障害者医療費の受給資格を喪失するものとする。

(医療証の更新申請等)

第6条 受給資格者は、毎年8月1日から同月31日までの間に、重度障害者医療費更新申請書によ

り医療証の更新を申請することができる。

2 第3条の規定は、前項の規定による医療証の更新申請について準用する。

(医療証の再交付)

第7条 受給資格者は、医療証を破り、よごし、又は失ったときは、重度障害者医療証再交付申請書を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第8条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関又は保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他市長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(重度障害者医療費の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障害者医療費の支払を市長に請求しようとするときは、請求書を市長に提出しなければならない。ただし、受給資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、重度障害者医療費請求書を提出するものとする。

(重度障害者医療費の支給申請)

第10条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障害者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障害者医療費支給申請書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、重度障害者が豊前市国民健康保険の被保険者であって、当該重度障害者に係る重度障害者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(重度障害者医療費に関する決定の通知)

第11条 市長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障害者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を附記するものとする。

(届出)

第12条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 重度障害者の住所及び氏名
- (2) 重度障害者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名（重度障害者が被保険者等でない場合のみ）
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が重度障害者又は被保険者等でない場合のみ）
- (4) 重度障害者の死亡
- (5) 重度障害者の被保険者等
- (6) 重度障害者の被保険者等に係る保険者
- (7) 障害の程度が軽減した事実
- (8) その他市長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により、届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障害者医療変更届に医療証を添え、これを市長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、重度障害者医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを市長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、重度障害者医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を、直ちに市長に届け出なければならない。

（様式）

第13条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 重度障害者受給資格（認定・更新）申請書 様式第1号
- (2) 重度障害者医療証（子ども医療） 様式第2号
- (3) 重度障害者医療証 様式第3号
- (4) 重度障害者医療証 様式第3号の2
- (5) 重度障害者医療証 様式第4号
- (6) 重度障害者医療証 様式第4号の2
- (7) 重度障害者医療証再交付申請書 様式第5号
- (8) 乳障親医療費請求書（医科，歯科用） 様式第6号
- (9) 乳障親医療費請求書（調剤用） 様式第7号
- (10) 乳障親訪問看護療養費請求書 様式第8号
- (11) 重度障害者医療費支給申請書 様式第9号
- (12) 重度障害者医療変更届 様式第10号

(13) 第三者の行為による被害届 様式第11号

(14) 重度障害者医療費受給資格喪失届 様式第12号

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和49年10月1日以降に受ける医療に係る重度障害者医療費から適用する。

附 則 (昭和53年3月16日規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和52年7月1日から適用する。

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5年3月24日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行し、平成4年12月1日から適用する。

附 則 (平成8年12月24日規則第16号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則 (平成11年3月30日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第5号及び様式第6号の改正規定は、平成9年9月1日から適用する。

附 則 (平成13年6月27日規則第13号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成13年1月1日から適用する。

附 則 (平成14年9月26日規則第16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9号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成16年8月5日から適用する。

附 則 (平成18年3月29日規則第4号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の豊前市重度心身障害者医療費の支給に関する施行規則の規定は、平成17年8月1日から適用する。

附 則 (平成18年9月29日規則第17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1日規則第20号）

- 1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。
- 2 第11条に定める様式第5号から様式第7号までの様式については、当分の間、改正前の様式を取繕って使用することができる。

附 則（平成20年3月5日規則第4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30日規則第21号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年条例第27号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成28年6月24日規則第23号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成28年条例第20号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（令和元年7月31日規則第5号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、令和元年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（令和2年12月11日規則第19号）

（施行期日）

1 この規則は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

2 市長は、施行日前においても、改正後の豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、豊前市重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（令和2年条例第22号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する重度障害者医療証の交付の手続をすることができる。

様式第 1 号 (第13条関係)

重度障害者医療費受給資格(認定・更新)申請書 (兼台帳)

| | | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|---------|-------|------|----------------------------|
| 医療証番号 | | | | 資格認定年月日 | | 年 月 日 | | |
| 申請事由 | | 新規・更新・転入・その他() | | | 年齢区分 | | | |
| ① 受給者 | ふりがな | (男・女) | | | 住 所 | 〒 - | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| ① 受給者 | ふりがな | (男・女) | | | 住 所 | 〒 - | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | 身体障害の状況 | | 程度(等級別) | の の 級 | | | | |
| | | 身障手帳の番号 | 年 月 日発行第 号(再判定 年 月) | | | | | |
| ② 障害の 状態 | 知的障害の状況 | 程度 | 判定機関 | | | | | |
| | | 判定日 | 年 月 日(再判定 年 月) | | 摘要 | | | |
| ② 障害の 状態 | 精神障害の状況 | 程度(等級別) | の の 級 | | | | | |
| | | 精神手帳の番号 | 年 月 日発行第 号(期限 年 月 日) | | | | | |
| 国民年金受給者 | 証書番号 | 第 号 | 傷病名 | 有 期 認 定 | 年 月 日まで | | | |
| 特別児童扶養手当受給者 | | 第 号 | | | 年 月 日まで | | | |
| ③ 医療保 険 | 被保険者氏名 | 受給者との続柄 | | | | | | |
| | 保険種別 | 被保険者証の記号番号 | | | | | | |
| | 保険者名 | 保険者番号 | | | | | | |
| | 所在地 | 付加給付の有無 | | | 有・無 | | | |
| | 高額療養費代理受給委任状の有無 | | 有・無 | | | | | |
| ④ そ の 他 | 同居者氏名 | (続柄) | | (続柄) | | (続柄) | | |
| | | (続柄) | | (続柄) | | (続柄) | | |
| | 施設入居の有無 | 有・無 | 他に受けることができる公費負担 | | | | | |
| <p>上記のとおり、重度障害者医療費受給資格(認定・更新)を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該申請に関して豊前市が市町村民税に係る情報および児童手当、特別障害者手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を豊前市に委任します。</p> <p align="center">豊前市長 殿</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話 印</p> | | | | | | | | |
| 所得状況 | | 本人 | | 配偶者 | | 扶養義務者 | | |
| 控除後の所得額 | | 円 | | 円 | | 円 | | |
| 控除対象親族等 | | 人 | | 人 | | 人 | | |
| 限度額 | | 円 | | 円 | | 円 | | |
| 審査 欄 | 資格審査 | ① 可 | 所得審査 | ① 可 | 判定 | ① 認定 | 公簿確認 | |
| | | ② 否 | | ② 否 | | ② 却下 | | 戸籍・住民票・外人登録 生保・他制度医療・所得 |

様式第2号 (第13条関係)

(表 面)

(裏 面)

| 福岡県重度障害者医療(子ども医療) | | |
|-------------------|--|-------|
| 障 医 療 証 | | |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 負担者番号 | 8 0 4 0 0 1 5 3 | |
| 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住所 | |
| | 氏名 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部自己負担金 | <small>入院のときは、限度額(国額認定証を一緒に提示して下さい。)</small> 入院外 1月当たり500円を限度 ※上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 ただし、入院については、子ども医療を優先しますので受給者はそちらの医療証を使用してください。 | |
| 発行機関名及び印 | 福岡県豊前市長 印 TEL(代表)0979-82-1111 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |

| 注意事項 |
|---|
| 1. この証は、豊前市の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 2. 受給者が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(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3. 受給者が豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口で提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日豊前市での差額の払い戻し申請を行ってください。 8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっていきますからご了承ください。 (後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。) ※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。 9. 学校や保育園の管理下でのけが等に該当する場合は、災害共済給付金制度を利用できます。 |

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

様式第3号 (第13条関係)

(表 面)

(裏 面)

| 福岡県重度障害者医療 障 医 療 証 | | |
|------------------------------|---|-------|
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 負担者番号 | 8 0 4 0 0 1 5 3 | |
| 受給者番号 | | |
| 受給者 | 住所 | |
| | 氏名 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部自己負担金 | <small>入院のときは、療養費(国庫認定証)を一併に提示して下さい。</small> 入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(国庫認定証) 1日当たり300円(月20日限度) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 | |
| 発行機関名及び印 | 福岡県豊前市長  TEL(代表)0979-82-1111 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |

| 注意事項 |
|---|
| 1. この証は、豊前市の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。 |
| 2. 受給者が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(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 |
| 3. 受給者が豊前市の区外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返して下さい。 |
| 4. 受給者やその保証者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。 |
| 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。 |
| 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 |
| 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口で提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日豊前市での差額の払い戻し申請を行ってください。 |
| 8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっておりますからご了承ください。 (後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。) ※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。 |
| 9. 学校や保育園の管理下でのけが等に該当する場合は、英客共済給付金制度を利用できます。 |
| 10. 後期高齢者医療制度に加入された場合は、市長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。 |

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

様式第3号の2 (第13条関係)
(表 面)

(裏 面)

| 福岡県重度障害者医療 | |
|------------|--|
| 障 | 医 療 証 |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 負担者番号 | 8 0 4 0 0 1 5 3 |
| 受給者番号 | |
| 受給者 | 住所 氏名 生年月日 |
| 一部自己負担金 | 入院のときは、標準額(調額認定証と一緒に提示して下さい) 入院 1日当たり500円(月20日限度) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> ※低所得者の場合<small>(調額注7)</small> 1日当たり300円(月20日限度) </div> 精神科病床への入院に係る費用は対象外 <small>(調額注8)</small> 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 |
| 発行機関名及び印 | 福岡県豊前市長  TEL(代表)0979-82-1111 |
| 交付年月日 | 年 月 日 |

注意事項

- この証は、豊前市の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
- 受給者が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(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 受給者が豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返して下さい。
- 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出て下さい。
- 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出て下さい。
- この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
- 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「オ」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口で提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。
※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日豊前市での差額の払い戻し申請を行ってください。
- 精神科病床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。
※入院以外の医療費については、対象となります。
- 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっていきますからご了承ください。
(後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。)
※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。
- 後期高齢者医療制度に加入された場合は、市長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けて下さい。

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

様式第4号 (第13条関係)

(表 面)

(裏 面)

| 福岡県重度障害者医療 | | |
|---|--|-------|
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">障</div> | 医療証 | |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 負担者番号 | 8 0 4 0 0 1 5 3 | |
| 受給者番号 | [] [] [] [] [] [] [] [] | |
| 受給者 | 住所 | |
| | 氏名 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部自己負担金 | 入院のときは、医療費(差額)認定証を一緒に提示して下さい。 入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(※第17条) 1日当たり300円(月20日限度) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 | |
| 発行機関名及び印 | 福岡県豊前市長 印 TEL(代表)0979-82-1111 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |

| 注意事項 |
|--|
| <p>1. この証は、豊前市の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。</p> <p>2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。</p> <p>3. 受給者が豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。</p> <p>4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。</p> <p>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</p> <p>7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日豊前市での差額の払い戻し申請を行ってください。</p> <p>8. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないことになっていきますからご了承ください。 (後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。) ※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。</p> |

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

様式第4号の2 (第13条関係)
(表 面)

(裏 面)

| 福岡県重度障害者医療 障 医 療 証 | |
|------------------------------|--|
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 負担者番号 | 8 0 4 0 0 1 5 3 |
| 受給者番号 | |
| 受給者住所 | |
| 受給者氏名 | 男・女 |
| 受給者生年月日 | 年 月 日 |
| 一部自己負担金 | <small>入院のときは、医療費(国庫補助)を一律に提示して下さい。</small> 入院 1日当たり500円(月20日限度) ※低所得者の場合(※別添7) 1日当たり300円(月20日限度) 精神科床への入院に係る費用は対象外(※別添8) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください。 |
| 発行機関名及び印 | 福岡県豊前市長  TEL(代表)0979-82-1111 |
| 交付年月日 | 年 月 日 |

| 注意事項 |
|---|
| 1. この証は、豊前市の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保管してください。 2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。 3. 受給者が豊前市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。 4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。 5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。 6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。 7. 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口にて提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 <small>※提示忘れの場合は、後日豊前市での差額の払い戻し申請を行ってください。</small> 8. 精神科床への入院がある月は、その医療機関で受けた全ての入院の医療費は対象となりません。 <small>※入院以外の医療費については、対象となります。</small> 9. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 <small>(後日、豊前市に払い戻しの申請を行ってください。)</small> <small>※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。</small> |

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。
(ただし、大分県中津市では使用できます。)

障害者医療証再交付申請書

年 月 日

豊前市長 殿

住所
申請者 氏名
電話

下記のとおりですから、障害者医療証を再交付して下さるよう申請します。

障害者医療証の
受給者番号

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

受給者の
氏名

- 申請の理由
1. なくした
 2. やぶれた
 3. よごれた
 4. その他 ()

| | | |
|----|----|----|
| 1 | 3 | 8 |
| 医科 | 歯科 | 医保 |

年 月分 子障親医療費請求書

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 | 0 | | |
|---|---|--|--|

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

印

| | 保険給付別割合 | 件数 | 診療実日数 | 総点数 | 子・障・親医療費給付外の額 | 一部負担金 | 備考 |
|-----------|---------|----|-------|-----|---------------|-------|----|
| | | | | | | | |
| ⑤ 子ども | 7割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 8割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ⑥ 障害者 | 7割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 8割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ⑨ ひとり親 | 7割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 8割 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 割 | | | | | | |
| | | | | | | | |

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親医療費請求書

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 4 | 0 | | | |
|---|---|--|--|--|

殿

薬局
コード

下記のとおり請求する。
年 月 日

保険医療機関等
の
所在地及び名称
開設者氏名

印

| | 保険給付別割合 | 件数 | 処方せん の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
|-----------|---------|----|-------------|-----|-------|----|
| | | | | | | |
| ⑤ 子ども | 7割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 8割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 保険給付別割合 | 件数 | 処方せん の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
| | | | | | | |
| ⑥ 障害者 | 7割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 8割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 保険給付別割合 | 件数 | 処方せん の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
| | | | | | | |
| ⑨ ひとり親 | 7割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 8割 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 割 | | | | | |
| | | | | | | |

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 | 0 | | |
|---|---|--|--|

殿

訪問看護
ステーションコード

下記のとおり請求する。
年 月 日

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名

印

| | 保険給付別割合 | | 件数 | 実日数 | 総金額 | 子・障・親訪問看護療養費給付外の額 | ※金額 | 備考 |
|-----------|---------|-----|----|-----|-----|-------------------|-----|----|
| | 請求 | *決定 | | | | | | |
| ⑤ 子ども | 7割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 8割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 保険給付別割合 | | 件数 | 実日数 | 総金額 | 子・障・親訪問看護療養費給付外の額 | ※金額 | 備考 |
| | 請求 | *決定 | | | | | | |
| ⑥ 障害者 | 7割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 8割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 保険給付別割合 | | 件数 | 実日数 | 総金額 | 子・障・親訪問看護療養費給付外の額 | ※金額 | 備考 |
| | 請求 | *決定 | | | | | | |
| ⑨ ひとり親 | 7割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 8割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |
| | 割 | 請求 | | | | | | |
| | | *決定 | | | | | | |

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第9号 (第13条関係)

重度障害者医療費支給申請書

年 月 日

豊前市長 殿

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、障害者医療費の支給を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|
| 障害者医療証の受給者番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | 被保険者証等の記号・番号 | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | 保険者名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯主 被保険者等 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 療養期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 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 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 □前回と変更なし | 銀行名 | | | | | | | | | | | | |
| | 支店名 | | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 名義人 | | | | | | | | | | | | |

第三者の行為による被害届

年 月 日

豊前市長様

届出人 住 所
氏 名

次のとおり届けます。

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----|--------------------------|-------------------------|-------------|
| 被 害 者 | 受給者番号 | | 受給資格者名 (被害者名) | | |
| 加 害 者 | 住 所 | | 氏 名 | 職 業 | 電 話 |
| 加害者の 使用 者 | 住 所 | | 氏 名 | 職 業 | 電 話 |
| 負傷の日時及び場所 年 月 日午前・午後 時 分頃 場所 | | | | | |
| 発 病 の 原 因 又は負傷時の状況 | | | | | |
| 疾 病 又 は 負 傷 の 程 度 | | | 治 癒 ま で の 見 込 み | 入 院 通 院 診 療 費 総 額 | 日 日 円 |
| 診 療 を 受 け た 医 師 名 | 当 初 | 住 所 | 氏 名 | 電 話 | |
| | 転医後 | 住 所 | 氏 名 | 電 話 | |
| 自 動 車 事 故 の 場 合 | 自 動 車 番 号 | | 自 動 車 所 有 者 住 所 ・ 氏 名 | | 電 話 |
| | 自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 険 契 約 社 | | 所 在 地 | | |
| 損 害 賠 償 に 関 す る 交 渉 の 経 過 | | | | | |

重度障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

豊前市長 様

届出人 住所
氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

| | | | | |
|-----------|-------|----------|---|---|
| 受給資格喪失の事由 | 1 | 転出予定（転出先 | ） | |
| | 2 | 生活保護受給 | | |
| | 3 | 死亡 | | |
| | 4 | 所得超過 | | |
| | 5 | その他（ | ） | |
| 受給資格喪失年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 医療証 | 受給者番号 | | | |
| | 氏 名 | | | |