

大田市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに
公布する。

令和6年11月29日

大田市長 楯野弘和

大田市規則第47号

大田市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

大田市福祉医療費助成条例施行規則（平成17年大田市規則第59号）の一部を次のように改正する。

別表第1中「医療保険証等」を「資格確認書等（被保険者等の資格に関する情報が確認できる書類等をいう。以下この表及び次表において同じ。）」に、「同上」を「資格確認書等」に改める。

別表第2中「医療保険証等」を「資格確認書等」に改める。

様式第1号その1及び様式第1号その2を次のように改める。

様式第1号 その1（第5条関係）

受付	年月日	決裁	年月日	発行	年月日
課長	補佐	係長	係員	番号	帳簿
				返戻保留カード	判定依頼
				再提出月日	回答月日
				医療証（資格証）発行の要否	要 否

福祉医療費医療証（資格証）交付・変更・更新 申請書						
福祉医療者	氏名	性別	生年月日	居住地	通票における世帯別世帯	個人番号
世帯の状況	氏名	性別	生年月日	居住地	続柄	個人番号
被保険者氏名	福祉医療対象者との続柄		住所			
	保険種別	協、組、日、船、共、国、後	記号番号（枝番）	附加付等の有無	有 無	
手帳の内容	手帳種別	療育、身体、精神	手帳番号	第 号	障害等級	種 級
	手帳種別	療育、身体、精神	手帳番号	第 号	障害等級	種 級
医療証（資格証）交付・変更・更新事由	1. 65才以上のひとり老人となったため 2. 重度障がい者（重複重度障がい者を含む）となった 3. 転入してきたため 4. 世帯構成の異動のため			5. 保険に新たに加入したため 6. 更新のため 7. その他（ （交付事由発生年月日 年 月 日）		
対象者の所得の状況	1. 地方税法第296条第1項第2号により市町村民税非課税		2. その他（様式第18号「福祉医療費所得調査書」のとおり）			
* 審査						
* 決定						
上記のとおり福祉医療費医療証（資格証）の交付（再交付・更新）を申請します。 福祉医療費助成事務のため必要が生じた場合、大田市長が私及び私の世帯全員の課税内容について、市町村民税課税台帳により確認することを承諾します。 年 月 日 大田市長 楯野弘和 申請者 住所 氏名 (福祉医療対象者との続柄) 連絡先 ()						

様式第1号 その2 (第5条関係)

受付	年月日	決裁	年月日	発行番号簿	年月日
課長	補佐	係長	係員	返戻保留カード	台帳
				再提出月日	判定依頼
				医療証(資格証)発行の要否	回答月日
					要 否

福祉医療費医療証(資格証) 交付・変更・更新 申請書 (ひとり親用)										
世帯の状況	ひとり親医療該当 非該当の別	氏名	性別	生年月日	続柄	勤務先又は 在学名・学年	他の公費負担 医療証の番号	個人番号	備考	
加入 医療 保険	被保険者氏名				被扶養者名			住所		
	保険種別	協、組、日、船、共、国、後			記号番号(枝番)			附加給付 等の有無		
	保険者名				事業所名			所在地		
申請事由					児童扶養手当	受けている 受けていない		番号		
* 審査										
助成開始年月日	年月日									
<p>上記のとおり福祉医療費医療証(資格証)の交付(再交付・更新)を申請します。 福祉医療費助成事務のため必要が生じた場合、大田市長が私及び私の世帯全員の課税内容について、市町村民税課税台帳より確認することを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p> <p>大田市長 様 連絡先 () -</p>										

様式第3号その1から様式第5号までを次のように改める。

様式第3号その1(第5条関係)(表)


福祉医療費助成台帳												
医療証(資格証)受給者番号	世帯番号		負担限度額区分		入院	入院外						
(ふりがな)助成対象者氏名	(. . . 変更)		男・女	生年月日	.	.	居住地	(. . . 変更)		(. . . 変更)		
加入医療保険	被保険者氏名	(. . . 変更)		助成対象者との続柄	老人たきり	(注)						
	住所	(. . . 変更)		手帳番号	有効期限	更新年月日	障害等級					
	保険の種類別	政、組、日、船、共、国、高		手帳番号	島根県第 号		障害等級					
	記号番号(枝番)	第 号	第 号 (. . . 変更)		療育手帳番号	第 号	障害の程度					
	保険者名	(. . . 変更)		再判定年月日	.	.	判定者					
	所在地	(. . . 変更)		資格	.	.	取得事由					
	事業所名	(. . . 変更)		交付	再交付年月日	年月日	始期	年月日	終期	年月日		
	所在地	(. . . 変更)		更新年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日			
	(附加)給付の有無及び内容	無・有 ()		控除の特例	期間	自 . . . 至 . . .	控除額					
		無・有 () (. . . 変更)		適用								

様式第3号その2(第5条関係)(表)

福祉医療費助成台帳(ひとり親家庭用)											
世帯番号		負担限度額区分		入院	入院外						
世帯の状況	ひとり親医療該当非該当の別	氏名	性別	生年月日	続柄	勤務先又は在校校名・学年	所得税の状況	医療証(資格証)受給者番号	備考		
加入医療保険	被保険者氏名	(. . . 変更)		被扶養者名	住所		(. . . 変更)				
	保険種類別	政、組、日、船、共、国、高		記号番号(枝番)	(. . . 変更)		附加給付の有無 (. . . 変更)				
	保険者名	(. . . 変更)		事業所名	(. . . 変更)		所在地	(. . . 変更)			
申請事由					児童扶養手当	受けている番号					
控除額の特例	時期	自 . . . 至 . . .	控除額	資格	取得	交付	変更	再交付	更新	控除額	備考
備考			取得	交付	再交付	更新	控除額				

様式第4号（第5条関係）

(表)

 福祉医療費医療証		
公費負担者番号		
受給者番号		
助成対象者	居住地	
	氏名	男女
	生年月日	年 月 日
負担割合	医療費の1割	
負担限度額	入院	入院外
有効期限	自	年 月 日
	至	年 月 日
交付年月日	年 月 日	
発行機関名及び印	島根県大田市長	

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとし、色は桃色とする。

(裏)

注意事項
1. この証は、医療費の一部負担金について大田市福祉医療費助成条例の規定による助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
2. この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用されます。
3. 医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カードまたは資格確認書等により被保険者等であることの確認を受けるとともに、この証を必ず窓口に提示してください。
4. 助成する額は、医療費の本人負担額から1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額を控除した額となります。したがって、1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
5. 助成対象者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市長に返してください。
6. 氏名、居住地に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
7. 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日以内に市長にその旨を届け出てください。
8. この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
9. 有効期限を経過したときは、この証を使用することができませんから、すみやかに市長に返してください。
10. 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第5号（第5条関係）

(表)

 福祉医療費資格証		
公費負担者番号		
受給者番号		
資格者	居住地	
	氏名	男女
	生年月日	年 月 日
負担割合	医療費の1割	
負担限度額	入院	入院外
有効期限	自	年 月 日
	至	年 月 日
交付年月日	年 月 日	
発行機関名及び印	島根県大田市長	

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとし、色は黄色とする。

(裏)

注意事項
1. この証は、高齢者の医療の確保に関する法律による一部負担金について大田市福祉医療費助成条例の規定による助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
2. この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用されます。
3. 医療機関等において診療を受ける場合は、個人番号カードまたは資格確認書等により被保険者等であることの確認を受けるとともに、この証を必ず窓口に提示してください。
4. 助成する額は、医療費の本人負担額から1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額を控除した額となります。したがって、1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
5. 助成対象者の資格がなくなったときは、すみやかに、この証を市長に返してください。
6. 氏名、居住地に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
7. 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日以内に市長にその旨を届け出てください。
8. この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
9. 有効期限を経過したときは、この証を使用することができませんから、すみやかに市町村長に返してください。
10. 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第7号中「保険証」を「被保険者等」に改める。

様式第9号中「保険証記号番号」を「記号番号」に改める。

様式第9号の2中「被保険者証等の」を「被保険者等の」に改める。

様式第10号中「被保険者証組合員証の記号番号」を「記号番号」に改める。

様式第14号中「被保険者証」を「被保険者等」に改める。

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。