

朝霞市規則第 3 5 号

朝霞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一部を改正する規則

朝霞市重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則（昭和 5 2 年朝霞市規則第 5 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 2 項第 3 号中「の被保険者証、組合員証又は加入者証」を「に規定する電子資格確認等」に改める。

第 4 条第 1 項に次の 1 号を加える。

(4) 条例第 2 条第 1 項第 6 号に該当する者 重度心身障害者医療費受給者証（様式第 2 号の（5））

第 4 条第 2 項中「様式第 2 号の（5）」を「様式第 2 号の（6）」に改め、同条第 6 項第 1 号中「又は第 3 号」を「、第 3 号又は第 6 号」に、「を受領した日までに」を「の交付日の翌日から起算して 6 月以内に」に改め、「の属する月の初日」を削り、同項第 2 号中「を受領した日までに」を「の交付日の翌日から起算して 6 月以内に」に改め、「の属する月の初日」を削り、同項第 3 号中「を受領した日までに」を「の交付日の翌日から起算して 6 月以内に」に改め、「の属する月の初日」を削り、同項第 4 号中「第 3 号」の次に「又は第 6 号」を加え、「を受領した日までに」を「の交付日の翌日から起算して 6 月以内に」に、「当該更新に係る申請を市が収受した日の属する月の初日」を「当該更新の日」に改め、同条第 7 項第 3 号中「第 2 条第 1 項第 3 号」の次に「又は第 6 号」を加え、「に係る申請を市が収受した」を削る。

第 5 条第 1 項中「様式第 4 号」の次に「（条例第 2 条第 1 項第 6 号に規定する重度心身障害者については、様式第 4 号の（2））」を加える。

様式第 2 号の（5）を様式第 2 号の（6）とし、様式第 2 号の（4）の次に次の 1 様式を加える。

様式第2号の（5）（第4条関係）

（表）

		後期医療		社保		国保			
<div>精神</div> 朝霞市重度心身障害者 医療費受給者証（精神通院医療費）		県内現物							
自立支援医療（公費21）が適用された診療に限り対象となります。									
自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に提示してください。									
公費負担者番号		8	4	1	1	0	2	7	9
受給者証番号									
受給者	氏名								
	住所								
	生年月日	年 月 日							
保護者	氏名					受給者との続柄			
	住所								
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
対象医療機関		<u>自立支援医療の受給者証に記載されている 指定医療機関でのみ</u> 使用できます。							
現物給付（窓口無料化） 対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う指定医療機関 （現物給付を行わない場合は償還払い。）							
現物給付 限度額		限度額なし							
年 月 日交付									
朝霞市長 印									

※（裏面注意事項をお読みください。）

(裏)

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、朝霞市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担額について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、受診の都度、自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に表示してください。
- 3 現物給付を行わない医療機関で受診した場合、自立支援医療の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、当市窓口に提出してください。
- 4 当市からの転出後は、本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合、助成した医療費の返還を求めますのでご注意ください。
- 5 他の公費負担医療制度が利用できる場合はそちらを優先してください。
- 6 次の場合は必ず当市に届出をしてください。
 - (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
 - (2) 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。
 - (3) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。
 - (4) 障害程度に変更があったとき。
 - (5) その他、登録内容に変更が生じたとき。
- 7 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに当市に返却してください。
- 8 救急の場合を除き、平日の診療時間内に受診するなど、医療機関への適正受診にご理解とご協力をお願いします。

*** 医療機関の方へ ****

- 1 自立支援医療（公費 21）の受給者証を必ず確認してください。
- 2 本制度の現物給付によりご本人の自己負担がなかった場合でも、自立支援医療の自己負担上限額管理票への記入は必要となります。

< 本制度の助成範囲 >

公費 21

公費 84

医療保険 (7割)	自立支援医療 (2割)	本制度 (1割)
----------------	------------------	---------------

※ 入院費、内科・外科等の一般診療に係る通院費は対象外です。

様式第 4 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第4号の(2) (第5条関係)

精神

請 求 者 記 入 欄	精神2級					
	重度心身障害者医療費請求書					
	年 月 日					
	朝霞市長 宛					
	提出者 住所 朝霞市 電 話 () 氏 名					
次のとおり重度心身障害者医療費を請求します。なお、市が自立支援医療（精神通院）の受給資格等を確認することおよび、健康保険組合等に高額療養費等の給付状況を確認することを承諾します。						
受給者証 番 号			受 給 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
医 療 機 関 記 入 欄	領 収 書					
	受給者 様					
	診療月 年 月					
	一 部 負 担 金		円	保 険 診 療 総 点 数		点
	※自立支援医療（精神通院医療）の対象分のみ記入してください。 上記のとおり領収しました。 医療機関等所在地 (住所) 名 称 氏 名 (印) 診療科 年 月 日					

- (注) 1 請求者記入欄は、請求者が記入してください。
2 医療機関記入欄は、医療機関等が記入してください。
3 加入医療保険又は振込口座に変更があった場合は、届出が必要です。
4 この申請書を提出するときは、自己負担上限額管理表を必ずご提示ください。

処 理 欄 ※市記入欄	該当期間①		～
	区分	2,500・5,000・10,000・20,000	
	該当期間②		～
	区分	2,500・5,000・10,000・20,000	
	医療機関		

支給決定額	受 付 印
円	

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 8 年 1 月 1 日から施行する。ただし、第 3 条の改正規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の第 4 条第 6 項第 1 号から第 4 号までの規定は、施行日以後に受給資格登録の申請をした者について適用し、同条第 7 項第 3 号の規定は、更新前の手帳に記載された有効期間が施行日以後である者について適用する。