

改正

昭和58年1月31日規則第2号

昭和59年12月27日規則第31号

昭和62年9月24日規則第21号

平成元年4月1日規則第20号

平成6年3月9日規則第4号

平成6年12月14日規則第54号

平成9年6月25日規則第28号

平成10年6月24日規則第33号

平成11年3月31日規則第23号

平成13年3月30日規則第9号

平成13年12月27日規則第29号

平成17年12月20日規則第44号

平成18年3月9日規則第21号

平成19年3月29日規則第25号

平成20年3月31日規則第18号

平成21年3月31日規則第16号

平成21年12月8日規則第41号

平成25年3月28日規則第19号

平成26年3月31日規則第15号

平成26年12月26日規則第37号

平成28年3月28日規則第10号

平成28年3月31日規則第21号

平成30年9月28日規則第22号

平成30年12月11日規則第29号

令和元年10月21日規則第13号

令和4年9月6日規則第26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（昭和48年朝霞市規則第28号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、朝霞市重度心身障害者医療費の支給に関する条例（昭和48年朝霞市条例第24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。

（社会保険各法）

第2条 条例第2条第2項の規則で定める法令（以下「社会保険各法」という。）は、次の各号に掲げる法律とする。

- （1）健康保険法（大正11年法律第70号）
- （2）船員保険法（昭和14年法律第73号）
- （3）私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- （4）国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- （5）地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

（受給資格の登録）

第3条 条例第5条第1項の受給資格登録申請書は、重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（様式第1号）とする。

2 市長は、前項の申請書が提出された場合には、条例第2条第1項各号のいずれかに該当するかどうか次に掲げる書類により確認するものとする。

- （1）身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳、埼玉県療育手帳制度要綱（平成14年埼玉県告示第1365号）に基づく療育手帳又は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）に規定する精神障害者保健福祉手帳
- （2）前号の身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を特別の理由により所持していない場合は、当該理由及び障害の程度を証する書類
- （3）国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）及び前条に規定する社会保険各法の被保険者証、組合員証又は加入者証
- （4）前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 第1項の申請書には、条例第4条第2項の所得（1月から9月までの間に条例第3条第1項の対象者（以下「対象者」という。）となる手続が行われる場合は、前々年の所得）を証明する書類を添付しなければならない。

4 市長は、前2項に掲げる書類のうち、その内容を公簿等で確認できる場合は、当該書類の添付

を省略させることができる。

- 5 市長は、条例第5条第2項に規定する登録をしないときは、重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書（様式第1号の(2)）により通知するものとする。

（受給者証）

第4条 条例第6条第1項に規定する受給者証は、重度心身障害者医療費受給者証（様式第2号）とする。ただし、次の各号に該当する者は、それぞれ当該各号に掲げる様式とする。

（1） 条例第2条第1項第3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(2)）

（2） 後期高齢者医療制度の対象者 重度心身障害者医療費受給者証（様式第2号の(3)）

- 2 市長は、条例第6条の規定により受給者証の交付を行わないときは、重度心身障害者医療費支給停止通知書（様式第2号の(4)）により通知するものとする。

- 3 受給者証を破損し、又は亡失した者は、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書（様式第3号）を市長に提出し、再交付を受けることができる。

- 4 受給者証の更新は、毎年10月1日に行うものとする。

- 5 受給者証の有効期間は、条例第5条第1項に規定する登録の申請の日又は前項に規定する更新日からそれ以後最初に更新する年の9月30日又は受給資格が消滅する日のうちいずれか早い日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める日を受給者証の有効期限とする。

（1） 身体障害者手帳に再認定年月がある場合 更新日の前日、再認定年月の末日又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

（2） 療育手帳に次回判定年月日がある場合 更新日の前日、次回判定年月の末日又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

（3） 精神障害者保健福祉手帳の場合 更新日の前日、精神障害者保健福祉手帳の有効期限又は受給資格消滅日のいずれか早く到達する日

- 6 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するときは、それぞれ当該各号に定める日を受給者証の有効期間の初日とする。

（1） 新規に身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けたとき 当該身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付日の属する月の初日

（2） 対象者（新規に身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者及び条例第3条第2項第4号ただし書に規定する者を除く。以下この号において同じ。）とな

った日の翌日から起算して15日以内（当該期間が経過するまでの間に災害その他やむを得ない理由が生じた場合には、災害その他やむを得ない理由がやんだ日の翌日から起算して15日以内）に条例第5条第1項に規定する申請をしたとき 対象者となった日

- (3) 前2号に掲げるもののほか、対象者が災害その他やむを得ない理由により条例第5条第1項に規定する申請をすることができなかった場合において、災害その他やむを得ない理由がやんだ日の翌日から起算して15日以内に当該申請をしたとき 災害その他やむを得ない理由により当該申請をすることができなくなった日

(請求書等)

第5条 条例第8条第1項の請求は、重度心身障害者医療費請求書（様式第4号）により、医療機関等の発行する領収書を付して行うものとする。ただし、当該請求書の医療機関記入欄に記入する場合は、医療機関等の発行する領収書の添付を要しない。

2 条例第8条第3項の医療機関等は、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を経由して医療費の請求を行うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を経由しない医療費の請求は、重度心身障害者医療費請求書（様式第5号）又は重度心身障害者医療費現物給付請求書（様式第5号の(2)）及び重度心身障害者医療費現物給付請求明細書（様式第5号の(3)）を市長に提出して行うものとする。

4 市長は、第1項又は前項の請求書の提出があった場合で、必要があると認めたときは、受給資格者、医療機関等に対し関係書類の提出を求めることができる。

(支給決定通知書等)

第6条 条例第8条第2項の規定による通知は、重度心身障害者医療費支給決定通知書（様式第6号）により行うものとする。

2 前条第3項に規定する重度心身障害者医療費現物給付請求書に係る支払の通知は、重度心身障害者医療費支払決定通知書（医療機関用）（様式第6号の(2)）により行うものとする。

3 前2項の規定にかかわらず、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を経由した医療費の請求の場合は、この限りでない。

(届出事項)

第7条 条例第9条第1項の規定による届出は、重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届（様式第7号）によるものとする。

2 条例第9条第2項の規定による届出は、受給者証の有効期間（第4条第2項の規定により支給

停止通知書の通知を受けた者にあつては、当該通知書に記載された停止期間満了の日前1月)以内に所得状況届(様式第7号の(2))に所得を証明する書類を添付して行うものとする。ただし、市長は、添付書類の内容を公簿等により確認することができるときは、当該届出及び添付書類の提出を省略させることができる。

(受給資格喪失届)

第8条 対象者でなくなった場合の届出は、重度心身障害者医療費受給資格喪失届(様式第8号)により行うものとする。

(受給者証の返還)

第9条 受給者がその資格を喪失したときは、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

(受給資格消滅の通知)

第10条 市長は、受給者が対象者でなくなったと認めたときは、重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書(様式第9号)により、当該受給者であつた者に通知する。ただし、受給者が死亡した場合は、この限りでない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和58年規則第2号)

この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

附 則(昭和59年規則第31号)

この規則は、昭和60年1月1日から施行する。

附 則(昭和62年規則第21号)

この規則は、昭和62年10月1日から施行する。

附 則(平成元年規則第20号)

この規則は、平成元年4月1日から施行する。

附 則(平成6年規則第4号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則(平成6年規則第54号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則による改正後の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規定は、

平成6年10月1日以後の医療に要した費用から適用し、同日前の医療に要した費用については、なお従前の例による。

附 則（平成9年規則第28号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成10年規則第33号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成11年規則第23号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成13年規則第9号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。

附 則（平成13年規則第29号）

- 1 この規則は、平成14年1月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の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規定は、この規則の施行の日以後に行われた受給者証の交付の申請から適用し、同日前に行われた受給者証の交付の申請については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成17年規則第44号）

- 1 この規則は、平成18年1月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の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規定は、平成18年1月1日以後の医療に要した費用から適用し、同日前の医療に要した費用については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成18年規則第21号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成19年規則第25号）

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。

- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成20年規則第18号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成21年規則第16号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成21年規則第41号）

- 1 この規則は、平成22年1月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の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規定は、平成22年1月1日以後の医療に要した費用から適用し、同日前の医療に要した費用については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成25年規則第19号）

- 1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成26年規則第15号）

- 1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成26年規則第37号）

- 1 この規則は、平成27年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成28年3月28日規則第10号）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。（後略）
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、

これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成28年 3 月31日規則第21号）

- 1 この規則は、平成28年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の第 4 条第 7 項第 2 号及び第 3 号の規定は、施行日以後に対象者となった者に適用し、同日前に対象者となった者については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成30年 9 月28日規則第22号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年12月11日規則第29号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成31年 1 月 1 日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現に受給者証の交付を受けている者に対する第 3 条第 3 項及び第 4 項、第 4 条第 2 項及び第 4 項並びに第 6 条第 2 項の規定は、平成34年10月 1 日から適用する。

附 則（令和元年10月21日規則第13号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和 4 年 9 月 6 日規則第26号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 4 年10月 1 日から施行する。ただし、様式第 1 号及び様式第 3 号の改正規定は、公布の日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号（第3条関係）
 様式第1号（第3条関係）

（表）

					記号番号			
重度心身障害者医療費受給資格登録申請書 年 月 日								
朝霞市長宛 （申請者） 住 所 氏 名 電話番号								
次のとおり重度心身障害者医療費受給資格の登録を申請します。								
受給者	ふりがな				住 所			
	氏 名							
	個人番号							
	生年月日	年 月 日			申請者との続柄			
	障害の状況	身体障害者	第 号	程 度				
知的障害者		第 号	程 度					
精神障害者		第 号	程 度					
後期高齢者医療障害認定者		程 度	施行令別表 号該当					
保護者	氏 名				受給者との続柄			
	住 所				電話番号			
加入	世帯主 被保険者 組合員 氏名			受給者との続柄		住所		
医療保険	保険種別				記号番号			
	名 称				所在地			
	附加給付	有・無	支給基準					
申請事由 発生年月日	年 月 日			申請事由				
振込先 金融機関名					支店名			
口座種別				フリガナ				
口座番号				口座名義人				

(裏)

世 帯 状 況	氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号

同意署名欄

1 世帯情報及び課税情報

私は、私と私の世帯全員の住民基本台帳、障害の状況等及び課税台帳の情報を、重度心身障害者医療費の資格認定及び医療費助成支給決定の審査のため、市長が今後必要な範囲内で確認することに同意します。

氏名 _____

2 個人番号による地方税関係情報

市長が、支給審査に必要な場合において、個人番号を用いて地方税関係情報を取得することに同意します。

氏名（受給者） _____

氏名（世帯員） _____（受給者との続柄） _____

氏名（世帯員） _____（受給者との続柄） _____

氏名（世帯員） _____（受給者との続柄） _____

氏名（世帯員） _____（受給者との続柄） _____

備考

- 1 同意する者が自ら署名してください。
- 2 代理人が署名をする場合は、本人からの委任状を併せて提出してください。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合には、欄外に署名してください。

重度心身障害者医療費受給資格登録申請却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

朝霞市長



年 月 日付けで申請のあった重度心身障害者医療費受給資格登録申請については、審査の結果、次のとおり対象者と認められませんので通知します。

1 氏 名

2 却下理由

教 示

1 日と 1 と訟のはた に経との日処
 2 たこ こ訴しにっ 合をここたや
 3 知る った（消合知 場年るやと
 をを あしのと して起期がる
 と求 がと分しこ をし提の）す。
 こ請 分告処をたす。求算を記決をま
 た査 処被、求っま 請起え上裁求り
 っ審 のを）請あき 査ら訴、る請あ
 あて こ市。査がで 審かのはず査が
 がし 霞す審決が（日しき対審合
 分対 か朝まの裁と分翌消とにも場
 処に ほ、り1るこ処の取る求てる
 の長 のにな記するの日のあ請られ
 こ市 求内と上対すこた分が査あら
 霞 請以長、に起、つ処由審でめ
 は朝 査月市お求提にあや理の後認
 合、 審か霞な請に前がとなそたが
 場、 の6朝。査内る）こ当、しと
 内に 1てはす審以す決る正は過こ
 る以 記し者まの月過裁す、に経る
 あ月 上算るきそか経るをお合をす
 が月 服か、起すで、6がす求な場年起
 不3 はら表がはて間対請。た1提
 てて てか代とえし期に査すしてを
 いし い日をこ訴算の求審まをしえ
 つ算 つ翌市るの起記請、り求算訴
 に起。にの霞すしら上査はな請起の
 分らず分日朝起消か、審合く査らし
 処かま処たて提取引しの場合な審か消
 の日きのっいをの翌だそたき（日取
 こ翌でこ知おえ分のた、しで分翌の
 のが をに訴処日 は過が処の分

（表）

県内現物

国保・社保用

障 重度心身障害者医療費受給者証								
公費負担者番号		8	2	1	1	0	2	7 1
受給者証番号								
受給者	氏 名							
	住 所							
	生 年 月 日	年 月 日						
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで						
現 物 給 付 対 象 医 療 機 関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等						
現 物 給 付 限 度 額		月額21,000円未満の医療費						
年 月 日交付 埼玉県朝霞市長 印								

※ 裏面の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の支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金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、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に提示してください。
- 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関等以外での受診は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度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、当市窓口提出してください。また、現物給付には、保険医療機関等単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度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、当市窓口提出してください。
- 4 当市から転出後は、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 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等に提示しないでください。
- 6 自立支援医療（精神通院医療など）や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。
- 7 精神障害者保健福祉手帳 1 級のみを所持している方は、精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。
- 8 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
 - (1) 受給者が死亡したとき。
 - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
 - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
 - (4) 障害程度に変更があったとき。
- 9 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市長に返却してください。
- 10 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。

様式第2号の(2) (第4条関係)
 様式第2号の(2) (第4条関係)

(表)

県内現物

国保・社保用

障 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 者 証								
公費負担者番号	8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号								
受給者	氏 名							
	住 所							
	生 年 月 日	年 月 日						
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで							
現 物 給 付 対 象 医 療 機 関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等 (精神病床への入院は対象外)							
現 物 給 付 限 度 額	月額21,000円未満の医療費							
年 月 日交付 埼玉県朝霞市長 印								

※ 裏面の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の支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金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、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に提示してください。
- 3 この受給者証では、表面に記載の現物給付を行う保険医療機関等以外での受診は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度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、当市窓口へ提出してください。また、現物給付には、保険医療機関等単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度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、当市窓口へ提出してください。
- 4 当市から転出後は、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 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合や他の公費負担医療制度から支給される医療費については、この制度では支給できません。この場合は、受診の際この証を医療機関等に提示しないでください。
- 6 自立支援医療（精神通院医療など）や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。
- 7 精神障害者保健福祉手帳 1 級のみを所持している方は、精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。
- 8 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
 - (1) 受給者が死亡したとき。
 - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
 - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
 - (4) 障害程度に変更があったとき。
- 9 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市長に返却してください。
- 10 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。

様式第2号の(3) (第4条関係)
 様式第2号の(3) (第4条関係)

(表)

償還払い

後期高齢者医療保険用

障		重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 者 証						
公費負担者番号								
受給者証番号								
受 給 者	氏 名							
	住 所							
	生年月日	年 月 日						
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで						
年 月 日交付 埼玉県朝霞市長 印								

※ 裏面の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の支給に関する条例により、保険給付の一部負担金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、診療を受けるときに保険証と一緒に病院等の窓口に提示してください。
- 3 次のいずれかに該当するときは、必ず市長に届け出てください。
 - (1) 受給者が死亡したとき。
 - (2) 受給者の氏名又は住所を変更したとき。
 - (3) 加入医療保険に変更があったとき。
 - (4) 障害程度に変更があったとき。

※ この受給者証は、現物給付ができません。

重度心身障害者医療費支給停止通知書

第 年 月 号

様

朝霞市長



次のとおり、重度心身障害者医療費の支給停止を決定しましたので通知します。

1 支給停止の理由

2 支給停止の期間

年 月 日から 年 月 日まで

教 示

- 1 のが
 2 をに訴処日
 3 は過が処の分
- 日と
 と訟のはた
 に経との日処
 たこ
 こ訴しにつ
 合をこたや
 った（消合知
 場年るやつと
 った取場を
 た1す間あこ
 して起期がる
 をし提の）す
 求算を記決をす
 分告処をたす
 求起え上裁求
 査被、求つす
 査ら訴、る請
 のを）請あき
 査かのはす査
 こ市。査がで
 （審かのはす
 審決が（日し
 き対審
 か、朝まの裁
 が分翌消とも
 場
 ほ、り1るこ
 処の取る求て
 のにな記する
 の日あ請る
 のに上対す
 こた分が査あ
 求内と上対す
 ちた分が査あ
 請以長、に起
 っ処由審でめ
 査月市お求提
 にあや理の後
 審か霞な請に
 前がとなそた
 がと
 の6朝。査内
 る）こ当、し
 1てはす審以
 す決る正は過
 記し者まの月
 過裁す、に経
 上算るきそか
 経るをお合を
 起す、6がす
 求な場年起
 はら表がはて
 間対請。た1
 提
 てか代とえし
 期に査すして
 を
 い日をこ訴算
 の求審まをし
 え
 つ翌市るの起
 記請、り求算
 訴
 に起
 分日朝起消か
 、審合く査ら
 し
 処かま処たて
 提起日しの場
 な審か消
 の日きのつい
 をの翌だそた
 き（日取
 こ翌でこ知お
 え分のた、し
 で分翌の

様式第3号（第4条関係）
様式第3号（第4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

朝霞市長 宛

(申請者)

住所

氏 名

電話番号

重度心身障害者医療費受給者証を破損したので、再交付を申請します。

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所				
	被 保 険 者 名		申 請 者 との続柄		
	記 号 番 号				
	保 険 者 名				
保 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所			受 給 者 との続柄	

様式第4号(第5条関係)
様式第4号(第5条関係)

障

処 理 欄	保 険	国	退 本	退 家	社 本	社 家	後期高齢
	附加給付	自己負担額から		円控除	円未満切捨		円未満不支給
	食 事 療 養 標準負担額等	課 税	円	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	支 給 額	
		非課税					
欄	保 険 診 療 一部負担金		円	円	円	円	

請 求 者 記 入 欄	重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 請 求 書					
	年 月 日					
	朝霞市長宛					
	請求者 住所 朝霞市 電話 () 氏名					
医 療 機 関 記 入 欄	次のとおり重度心身障害者医療費の支給を請求します。なお、市が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			加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名	
	氏名				記 号 ・ 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日			名 称	
医 療 機 関 記 入 欄	領 収 書 受給者様 〒 診療月 年 月 ただし、保険診療一部負担金(他法本人負担額 円を含む。) 入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。					
	保 険 診 療 総 点 数		点		他 法 負 担 分 点 数 点	
	入院時食事療養標準負担額 生活療養標準負担額 医療機関等所在地 (住所) 名称 氏名 診療料 年 月 日					
	食費	一食当たり	円			
居住費	算定回数	回				
日数	一日当たり	円				
日数	日数	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 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 4 点数で記入できない場合は、金額で記入してください(この場合は、必ず円で記入すること)。
 5 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。

受付印

様式第5号（第5条関係）
様式第5号（第5条関係）

重度心身障害者医療費請求書 年 月 日 朝霞市長 宛 医療機関等所在地(住所) 名 称 代表者氏名 電 話							
次のとおり受給者に係る一部負担金等を請求します。							
請求金額 _____ 円							
受給者証番号	診療月	受給者名	入院・外来の別	日数	総点数	一部負担金の額 (円)	食事療養標準負担額 (円)
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
			入院・外来				円 × 回
小計	入 院	件				円	円
	外 来	件				円	円
合 計		件				円	円

(注) 一部負担金の請求金額は、診療月ごとの自己負担限度額までです。各医療保険から支給される高額療養費等は除きます。

様式第 5 号の（2）（第 5 条関係）
様式第 5 号の（2）（第 5 条関係）

重度心身障害者医療費現物給付請求書

年 月分として、次のとおり請求します。

請 求 金 額 _____ 件

--	--	--	--	--	--	--	--

円

朝霞市長 宛

年 月 日

所在地

電話番号

名 称

代表者名 印

医療機関コード								

様式第5号の(3) (第5条関係)

様式第5号の(3) (第5条関係)

朝霞市															
重度心身障害者医療費現物給付請求明細書															
朝霞市長 宛															
枚 中															
年 月 日															
名 称															
代表者名															
	①受給者証番号				②受給者氏名(カタカナ)		④診療		⑤診療	⑥保険診療総点数	⑦他法点数	⑧保険診療一部	⑨受給者自己	⑩医療機関一市請	⑪診療科名
					③生年月日		年 月		日数	(点)	(点)	負担金 (円)	負担金(円)	求額(⑧-⑨)	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
小計				件		円									
合計				件		円									

年 月 日

様

朝霞市長



重度心身障害者医療費支給決定通知書

先に請求のあった重度心身障害者医療費について、次のとおり決定し、指定された金融機関の口座に振り込みますのでお知らせします。

- 1 振込金額 円
- 2 振込日 年 月 日
- 3 振込先

診療月	入外	医療機関名	支給額
月			円
合計			円

様式第6号の(2) (第6条関係)
様式第6号の(2) (第6条関係)

年 月 日

様

朝霞市長



重度心身障害者医療費支給決定通知書（医療機関用）

先に請求のあった重度心身障害者医療費について、次のとおり決定し、指定された金融機関の口座に振り込みますのでお知らせします。

- 1 振込金額 円
- 2 振込日 年 月 日
- 3 振込先

診療月	入外	受給者名	支給額
月			円
月		手数料 件	円
合計			円

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

朝霞市長 宛

住 所
氏 名
(電 話)

下記のとおり、変更がありましたので届けます。

受 給 者	氏 名		受給者番号		
	生年月日		年 月 日		住 所
	障害 の 状況	身体障害者	第 号	程度	1 級・2 級・3 級
		知的障害者	第 号	程度	㊦・A・B
		精神障害者	第 号	程度	1 級
後期高齢者医療 障害認定者		程度	高齢者の医療の確保に関する 法律施行令 別表 号該当		
保 護 者	氏 名		受給者との続柄		
	住 所				
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者組合 員の氏名		保 険 証 記 号 番 号		
	名 称				
	所 在 地				
	附加給付の有無		有・無	支給基準	
変更年月日		年 月 日	変更事由		

様式第7号の(2)(第7条関係)
様式第7号の(2)(第7条関係)

所得状況届

年 月 日

朝霞市長 宛

住所

氏名



(電話番号

)

年の所得の状況について別添のとおり届け出ます。

朝霞市重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

受給者	届出者
住 所 朝霞市	住 所
氏 名	氏 名
生年月日	(受給者との続柄)
手帳(身体 ・ 療育 ・ 精神) 級	電 話

次のとおり受給資格を喪失したので、届け出ます。

- 1 転出のため [転出先住所]
 - 2 死亡のため
 - 3 生活保護受給開始のため
 - 4 施設入所のため [施設名]
 - 5 その他 ()
- 資格喪失事由発生日 年 月 日

受給者 が死亡したため、振込先を
相続人 の口座に変更することを届け出ます。

金融機関	銀行・信用金庫	支店
	農協・信用組合	(店名又は店番)
口座番号	普通	
名義人(カタカナ)		

重度心身障害者医療費受給資格消滅通知書

第 号
年 月 日

様

朝霞市長



次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格が消滅しましたので通知します。

- 1 消滅者氏名

- 2 消滅した年月日 年 月 日

- ### 3 消滅した理由

教 示

- [illegible]