

○大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則

平成29年9月26日

規則第31号

改正 平成29年12月25日規則第43号

平成30年6月25日規則第37号

大東市身体障害者及び知的障害者の医療費の助成に関する条例施行規則（昭和48年規則第25号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第44号。以下「条例」という。）の施行について、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1項に規定する規則で定める社会保険に関する法律（以下「社会保険各法」という。）は、次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）

（判定機関）

第3条 条例第2条第1項第2号に規定する規則で定める判定機関は、次に掲げるものとする。

- (1) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく児童相談所
- (2) 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）に基づく知的障害者更生相談所
- (3) 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）に基づく精神保健指定医

（所得の額）

第4条 条例第2条の2第1項に規定する規則で定める所得の額は、対象者の所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する同一生計配偶者及び扶養親族（以下「扶養親族等」という。）がないときは、4,621,000円とし、扶養親族等があるときは、4,621,000円に当該扶養親族等1人につき380,000円（当該扶養親族等が所

得税法に規定する同一生計配偶者（70歳以上の者に限る。以下この条において同じ。）又は老人扶養親族であるときは、当該同一生計配偶者又は老人扶養親族1人につき480,000円とし、当該扶養親族等が特定扶養親族等（同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族（19歳未満の者に限る。）をいう。）であるときは、当該特定扶養親族等1人につき630,000円とする。）を加算した額とする。

（所得の範囲）

第5条 条例第2条の2第3項に規定する規則で定める所得の範囲は、国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）第6条の規定を準用する。この場合において、同条中「法第36条の3第1項」とあるのは、「条例第2条の2第1項」と読み替える。

（所得の額の計算方法）

第6条 条例第2条の2第3項に規定する規則で定める所得の額の計算方法は、国民年金法施行令第6条の2の規定を準用する。この場合において、同条中「法第36条の3第1項」とあるのは、「条例第2条の2第1項」と読み替える。

（所得の額の計算方法の特例）

第7条 条例第2条の2第4項に規定する規則で定める所得の額の計算方法の特例は、その所得の生じた年の翌年の1月1日以後に災害により生じた地方税法（昭和25年法律第226号）第314条の2第1項第1号に規定する損失の金額の合計額が同号イ、ロ又はハに掲げる場合の区分に応じ、それぞれ同号イ、ロ又はハに定める額（同号イ中「総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額の合計額」とあるのは「前条の規定によって計算したその所得の額」と読み替えるものとする。以下同じ。第1号に掲げる場合において、その額が同号に掲げる額に満たないときは、同号に掲げる額）を超えるに至ったときは、その超えるに至った日後に受けた医療に係る医療費については、同年の1月1日から当該医療を受けた日の前日までの間に災害により生じた同条第1項第1号に規定する損失の金額の合計額（次の各号に掲げる場合には、その合計額から当該各号に掲げる額を控除した額）を前条の規定によって計算したその所得の額から控除するものとする。

(1) 前条の規定によって計算したその所得の額から控除すべき雑損控除額（その所得が生じた年の翌年の4月1日の属する年度分の市町村民税につき、地方税法第314条の2第1項第1号に規定する控除を受けた者の雑損控除額をいう。）に相当する額がある場合において、当該雑損控除額の計算の基礎となった損失の金額のうちに災害に

より生じた損失の金額があるときは、その金額の合計額

(2) 前号に規定する雑損控除額に相当する額がない場合、地方税法第314条の2第1項第1号イ、ロ又はハに掲げる場合の区分に応じ、それぞれ同号イ、ロ又はハに定める額

2 その所得の生じた年の翌年の1月1日以後に支払った条例第2条に規定する者に係る地方税法第314条の2第1項第2号に規定する医療費の金額の合計額が前条の規定によって計算したその所得の額の100分の5に相当する額と100,000円とのいずれか低い額(第1号に掲げる場合において、その額が同号に掲げる額に満たないときは、同号に掲げる額)を超えるに至ったときは、その超えるに至った日以後にその者が受けた医療に係る医療費については、同年の1月1日から当該医療を受けた日の前日までの間に支払ったその者に係る同条第1項第2号に規定する医療費の金額の合計額(次の各号に掲げる場合には、その合計額から当該各号に掲げる額を控除した額)と2,000,000円(第1号に規定する医療費控除額に相当する額がある場合には、2,000,000円からその額を控除した額)とのいずれか低い額を前条の規定によって計算したその所得の額から控除するものとする。

(1) 前条の規定によって計算したその所得の額から控除すべき医療費控除額(その所得が生じた年の翌年の4月1日の属する年度分の市町村民税につき、地方税法第314条の2第1項第2号に規定する控除を受けた者の医療費控除額をいう。)に相当する額がある場合において、当該医療費控除額の計算の基礎となった医療費の金額のうちに当該条例第2条に規定する者に係る医療費の金額があるときは、その金額の合計額

(2) 前号に規定する医療費控除額に相当する額がない場合、前条の規定によって計算したその所得の額の100分の5に相当する額と100,000円とのうち、いずれか低い額

(一部自己負担額)

第8条 条例第3条に規定する規則で定める一部自己負担額は、健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は同法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者(以下「医療機関」という。)ごとに、1日につき500円とする。ただし、当該一部自己負担額は、条例第3条に規定する対象者等が負担すべき額を超えることができない。

2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う医療機関における前項の規定の適用に

については、歯科診療及び歯科診療以外につき、それぞれ別の医療機関とみなす。

- 3 対象者が同一の月に同一の医療機関において入院及び入院以外の療養を受けた場合における第1項の規定の適用については、入院及び入院以外の療養は、それぞれ別の医療機関について受けたものとみなす。
- 4 対象者が同一の月に支払った一部自己負担額を合算した額が3,000円を超える場合は、当該合算した額から3,000円を控除した額を助成する。
- 5 前項の助成を受けようとする者は、重度障害者医療費助成一部自己負担額償還申請書（様式第1号）に、支払った一部自己負担額に関する証拠書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、市長が医療機関又は審査支払機関から一部自己負担額の算定に必要な情報の提供を受けたときはこの限りではない。
- 6 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査した上で、医療費の助成の可否を決定し、その旨を医療費助成決定通知書（様式第2号）により当該申請を行った者に通知するものとする。

（助成の方法の特例）

第9条 条例第3条第3項ただし書の特別の理由は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

(1) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、社会保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定により対象者（条例第2条第1項に規定する対象者をいう。以下同じ。）に係る療養費、家族療養費又は特別療養費若しくは大東市子どもの医療費の助成に関する条例（平成5年条例第15号）第2条第1号に該当する対象年齢の子どもの食事療養（以下「子どもの食事療養」という。）が現に支給されたとき。（食事療養（子どもの食事療養を除く。）若しくは生活療養に係る給付又は精神病床への入院に係る給付を除く。）

(2) 前号に定める場合のほか、市長が特別に必要があると認めるとき。

- 2 条例第3条第3項ただし書の規定による医療費の助成を受けようとする者は、医療費助成申請書（様式第3号）により市長に申請しなければならない。ただし、市長が医療機関又は審査支払機関から一部自己負担額の算定に必要な情報の提供を受けたときはこの限りではない。
- 3 前項の申請書には、当該医療について条例第3条第1項に規定する医療に関する給付が行われたことを証明した書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要

と認める書類を添付しなければならない。

- 4 市長は、第2項の申請があったときは、その内容を審査した上で、医療費の助成の可否を決定し、その旨を医療費助成決定通知書により当該申請を行った者に通知するものとする。

(医療証の申請)

第10条 条例第4条に規定する申請は、重度障害者医療証交付(更新)申請書(様式第4号。以下「医療証交付申請書」という。)及び同意書(様式第5号)に次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 国民健康保険法、社会保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者証、組合員証又は加入者証
- (2) 国民健康保険法、社会保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく特定疾病療養費制度を受けている者は、特定疾病療養受療証
- (3) 国の公費負担医療制度を受けている者は、当該公費負担医療制度に係る受給者証
- (4) 所得の額を明らかにすることができる市区町村長の証明書
- (5) その他市長が必要と認めた書類

- 2 市長は、前項に規定する申請があったときは、その資格を審査し、重度障害者医療証(様式第6号。以下「医療証」という。)を交付する。

- 3 医療証の有効期間は、毎年10月31日とする。

- 4 医療証の交付を受けている者は、医療証の有効期間が満了したときは、速やかにその医療証を市長に返還しなければならない。

(医療証の更新申請)

第11条 医療証の交付を受けている者(以下「受給者」という。)は、医療証交付申請書及び同意書に前条第1項に掲げる書類を添え、これを市長に提出して医療証の更新を申請することができる。

- 2 前項の申請があったときは、条例第4条第2項の規定を準用する。

- 3 市長は、受給者が医療証の有効期間満了後も引き続き医療費の助成の対象となると認めるときは、前項の申請によらずに、医療証の更新をすることができる。ただし、受給者に医療証を更新する意思がないときは、この限りでない。

(医療証の再交付申請)

第12条 受給者は、医療証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、医療証交付申請書

を市長に提出して、再交付を申請することができる。

- 2 受給者は、前項の規定により医療証の再交付を受けた後、紛失した医療証を発見したときは、速やかにその医療証を市長に返還しなければならない。

(届出)

第13条 条例第8条第1項に規定する規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 氏名を変更したとき。
- (2) 市の区域において、その居住地を変更したとき、又は市の区域内に居住地を有しなくなったとき。
- (3) 受給者の疾病又は負傷について条例第3条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者若しくは共済組合に変更を生じたとき、又は当該保険者若しくは共済組合の名称若しくはその事務所の所在地に変更を生じたとき。
- (4) 社会保険各法の規定による被扶養者である受給者にあつては、受給者が被扶養者となっている被保険者、組合員若しくは加入者に変更を生じたとき、又は受給者が被扶養者となっている被保険者、組合員若しくは加入者の住所、氏名若しくは被保険者証、組合員証若しくは加入者証の記号に変更を生じたとき。
- (5) 国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する被保険者である受給者にあつては、その者の属する世帯の同法に規定する世帯主若しくは組合員に変更を生じたとき、又は被保険者証の記号番号に変更を生じたとき。
- (6) 社会保険各法の規定による被保険者、組合員又は加入者となるに至ったとき。
- (7) 条例第2条第1項第1号に該当する対象者の障害程度に変更を生じたとき。
- (8) 条例第2条第1項第2号又は第5号に該当する対象者の知的障害の程度に変更を生じたとき。
- (9) 条例第2条第1項第3号又は第4号に該当する対象者の障害の程度に変更を生じたとき。
- (10) 条例第2条に規定する対象者の資格要件が消滅するに至ったとき。
- (11) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるとき。

- 2 条例第8条第1項及び第2項の届出は、資格事項変更・喪失届(様式第7号)を市長に提出しなければならない。

(医療証の添付)

第14条 第11条並びに第12条の規定による申請及び前条の規定による届出(前条第

1 項第 3 号から第 5 号までの届出を除く。) には、医療証を添えなければならない。ただし、医療証を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって医療証に代えることができる。

(損害賠償を受け得る場合の届出)

第 15 条 対象者は、自己の疾病又は負傷に関し、損害賠償を受けることができる場合には、その事実、当該損害賠償をすべき者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を速やかに市長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第 16 条 市長は、この規則の規定による申請書又は届出に添えて提出する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、当該書類の提出を省略させることができる。

2 市長は、災害その他特別な事情がある場合において、特に必要があると認めるときは、この規則の規定による申請書又は届出に添えなければならない書類を省略させ、又はこれに代わるべき他の書類を添えて提出させることができる。

(補則)

第 17 条 この規則に定めるもののほか、重度障害者に対する医療費の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附則

(施行期日)

1 この規則は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則については、この規則の施行の日以後に行われた医療に係る医療費について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費については、なお従前の例による。

3 改正後の大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第 9 条第 1 項第 1 号に規定する精神病床への入院に係る給付については、この規則の施行の日以後に新たに対象となる対象者について適用し、同日前に係る対象者については、平成 33 年 3 月 31 日までは、なお従前の例による。

(準備行為)

- 4 改正後の大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第10条から第13条までの規定による必要な手続その他の行為は、この規則の施行の日前においても、改正後の同条の規定の例により行うことができる。

附則（平成29年規則第43号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附則（平成30年規則第37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 この規則による改正後の第4条の規定は、平成31年7月1日以後に行われる医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた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。

様式第1号（第8条関係）

重度障害者医療費助成一部自己負担額償還申請書

年 月 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所



氏名

印

TEL

下記のとおり一部自己負担額の償還について申請をしますので、口座振替によって支払ってください。

なお、次回以降は自動償還にて下記、口座に振り込みすることに同意します。

受給者氏名		被保険者氏名	
受給者番号		保 険 者	
生年月日		保険者番号	
資格取得日		記号・番号	
自己負担額	月分 円	月分 円	月分 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	普通・当座
	銀行・農協・信金・信組	支店・本店	口座番号	
			口座名義 (カタカナで記入)	

※以下は記入しないでください。

診 療 月	支 払 金 額	償 還 金 額
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
合 計 （ 支 給 決 定 額 ）		円

支給日

受付番号

様式第2号（第8条、第9条関係）

医療費助成決定通知書

第 号
年 月 日

様

大東市長

年 月 日付けで申請のあった医療費の助成について、下記のとおり決定したので通知します。

記

助成決定額	円	
受診医療機関等名	助成内容内訳をご覧ください。	
口座振込払	金融機関名	
	口座番号	
振込予定日	年 月 日	

*金融機関により実際の入金までに更に数日を要する場合があります。

助成内容内訳

受診内容	診療年月	日数	医療費負担額	公費負担額	高額療養費	附加給付額	一部負担金 (相当額)	食事負担額	助成決定額

*助成決定額は、医療費負担額（健康保険が適用されない室料差額等は含まれません。）から公費負担額、高額療養費、附加給付額および一部負担金（相当額）を差し引き、食事負担額を加えた金額となります。
*食事負担額は、老人医療、重度障害者医療（中学校卒業までの対象者を除く。）およびひとり親家庭医療（中学校卒業までの対象者を除く。）においては、助成対象外となります。

- この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に大東市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大東市を被告として（訴訟において大東市を代表する者は大東市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第3号（第9条関係）

医療費助成申請書

年 月 日

（あて先）大東市長

（申請者）住 所
氏 名
電話番号

印

医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、助成の際は、下記口座に振り込んでください。

記

受給医療区分	<input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重度障害者				
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 食事				
	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
フリガナ				受給者番号	
受給者氏名				生年月日	
医療保険の 加入状況	記号			番号	
	被保険者等氏名			続柄	
	医療保険名称		保険者番号		
	医療保険				
振込先	金融機関			支店名	
	口座番号			種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	口座名義人（*カナで記入してください）				
添付した領収書の内訳					
年	月分より	ヶ月分	外来	ヶ所	日
			入院	ヶ所	日
			調剤	ヶ所	日

*この申請書は、医療費の助成資格を有する方が、他府県で受診した場合や、医療証交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成を申請する場合に使用します。ただし、医療証の交付後に医療機関に医療証の提示をしなかったことによる医療費の助成はできない場合がありますのでご注意ください。

*申請は、受診された翌月以降に行ってください。

*同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。

事務処理欄*記入しないでください

1割・2割・3割

区分	総医療費	一部負担金	患者負担額	回数	助成決定額
入院					
外科					
歯科					
調剤					
装具					
償還金					
高額・食事					
その他					

様式第4号（第10条、第11条、第12条関係）

重度障害者医療証交付（更新）申請書

年 月 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所

氏名

印

対象者との続柄

（

）

電話番号

重度障害者医療証の交付（更新）を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、重度障害者の医療費の助成に関し、私（同一世帯員、扶養義務者を含む。）の世帯状況、所得状況または障害の状況について、担当課等に確認することに同意します。

記

対象者	該当要件	手帳種類区分	手帳番号	受給者番号		
				交付年月日		有期年月日
	フリガナ			個人番号		
氏名			生年月日		年 月 日	
住所	1月2日以降に転入した方：転入日 年 月 日					
保護者	フリガナ			個人番号		
	氏名			生年月日		年 月 日
	続柄					
	住所	1月2日以降に転入した方：転入日 年 月 日				
	同居・別居の別	同居・別居		生計関係		生計同一・生計維持
加入医療保険	被保険者・組合員または世帯主の氏名（住所）			続柄		
				区分		
	種別		記号			番号
	保険者の名称			所在地		
	保険者番号					
	資格取得日	年 月 日	附加給付の有無		特定疾病	
資格始期	年 月 日	交付年月日	年 月 日			
所得判定	扶養親族等の数		内数	老人	特定	
	判定所得額		円			

様式第5号（第10条、第11条関係）

同意書

福祉医療の給付を受ける資格の調査に必要な限度において、私および私の世帯の構成員に関する課税資料、戸籍事項、障害程度等の個人情報を大東市長またはその指定する者が閲覧することに同意いたします。

年 月 日

（あて先）大東市長

住所	
（申請者）氏名	印
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
（世帯員）氏名	印
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
（世帯員）氏名	印
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
（世帯員）氏名	印
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
（世帯員）氏名	印

*自署または記名・押印

*世帯員とは、住民票上の世帯ではなく申請者と生計を同じくする者

様式第6号（第10条関係）

(表)

重度障害者医療		医 療 証	
公費負担者番号	8	0	2 7 0 1 9 2
受給者番号			
対象者	居住地	大阪府大東市	
	氏名	-----	
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
有効期間	年 月 日から		年 月 日まで
発行機関名 および印	大阪府 大 東 市 長		
交付年月日	年 月 日		

この証は、大阪府以外では使えません。
この証は、精神病床での入院では使えません。

(裏)

ご 注 意

- 1 この証は、医療費の助成を受けることができる証ですので、大切に保管してください。
- 2 この証は、本人以外は使えません。
- 3 診療などをお受けになるときは、保険証にこの証を添えて、医療機関の窓口へ必ずご提出ください。
- 4 対象者としての資格がなくなったとき、または有効期間を経過したときは、この証は使えなくなりますので、すみやかにお返してください。
- 5 氏名・住所または加入医療保険等に変更があったときは、その旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚して使えなくなったり、またはなくしたりしたときは再交付を受けてください。
- 7 他の法令等により公費負担を受けることができる場合は、その公費負担を優先的に受けてください。

様式第7号（第13条関係）

資格事項変更・喪失届

年 月 日

（あて先）大東市長

（届出者）住所

氏名

印

対象者との続柄 （ ）

電話番号

次のとおり届け出します。

医療助成の別		受給者番号	
	変 更 後	変 更 前	
フリガナ 受給者氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所			
医療保険の 加入状況	(被保険者等氏名)		
	(被保険者等住所)		
	(記号・番号)		
	(被保険者等との続柄)		
	(保険者の名称)		
	(保険種別)		
	(保険者番号)		
(保険者の所在地)			
(資格取得日)	年 月 日		
届出事由			

様式第1号 (第8条関係)

様式第2号 (第8条、第9条関係)

様式第3号 (第9条関係)

様式第4号 (第10条、第11条、第12条関係)

様式第5号 (第10条、第11条関係)

様式第6号 (第10条関係)

様式第7号 (第13条関係)