

新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則

平成14年 8月27日

規則第39号

改正 平成14年11月 7日規則第45号

平成19年 7月27日規則第92号

平成20年 3月31日規則第24号

平成23年 4月12日規則第20号

平成25年 3月29日規則第32号

平成28年 3月31日規則第44号

平成29年 7月10日規則第41号

平成31年 3月15日規則第 4号

平成31年 4月11日規則第17号

令和 2年 3月31日規則第28号

新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和62年新発田市規則第 6号）の全部を改正する。

（趣旨）

第 1 条 この規則は、新発田市重度心身障害者医療費助成条例（昭和62年新発田市条例第 7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。

（所得制限額）

第 2 条 条例第 3 条第 2 項第 1 号の規則で定める額は、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。）の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号。以下「施行令」という。）第 7 条に定める額とする。

2 条例第 3 条第 2 項第 2 号の規則で定める額は、扶養親族等の有無及び数に応じて、施行令第 2 条第 2 項に定める額とする。

（平成31規則 4 ・ 一部改正）

（所得の範囲）

第 3 条 条例第 3 条第 2 項各号に規定する所得の範囲は、施行令第 4 条に定めるところによる。

（所得の額の計算方法）

第 4 条 条例第 3 条第 2 項第 1 号に規定する所得の額の計算方法は、施行令第 8 条第 3 項に

定めるところによる。

- 2 条例第3条第2項第2号に規定する所得の額の計算方法は、施行令第8条第4項に定めるところによる。

(認定の申請)

第5条 条例第4条の規定による申請は、重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書(別記第1号様式)に重度心身障害者医療費現況届(別記第2号様式。以下「現況届」という。)、療育手帳、身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳(条例第3条第1項第4号に該当する者を除く。)、被保険者証又は組合員証及び条例第3条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて市長に提出して行うものとする。

- 2 申請者が食事療養若しくは生活療養に係る標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証(以下これらの認定証を「減額認定証」という。)の交付を受けている場合は、前項に掲げる書類に当該減額認定証を添えて提出するものとする。

- 3 市長は、前2項に定める申請書に添えて提出する書類により証明すべき事項を公簿等によって確認することができるときは、当該書類等を省略させることができる。

(平成14規則45・平成19規則92・平成20規則24・平成29規則41・一部改正)

(受給者証の様式等)

第6条 条例第5条の受給者証の様式は、別記第3号様式に定めるところによる。

- 2 市長は、受給者証を交付したときは、重度心身障害者医療費受給者証交付台帳(別記第4号様式)に記入するものとする。

(平成20規則24・平成23規則20・一部改正)

(受給者証の有効期間)

第7条 受給者証の有効期間は、9月1日から翌年の8月31日までとする。ただし、最初に交付される受給者証の有効期間は、受給者証が交付された日の属する月の翌月の初日から最初に到来する8月31日までとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、条例第3条第1項第3号の者にあつては、受給者証が交付される日の属する月の翌月の初日から最初に到来する8月31日までの間に精神障害者保健福祉手帳の有効期間が満了するときは、当該受給者証の有効期間は当該精神障害者保健福祉手帳の有効期間の満了する日までとする。

- 3 前2項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めるときは、受給者証の有効期間を変更することができる。

(平成29規則41・一部改正)

( 受給者証の更新 )

第 8 条 条例第 6 条の規定による更新は、受給者証の有効期間の満了の 1 月前までに、現況届に療育手帳、身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳( 条例第 3 条第 1 項第 4 号に該当する者を除く。 )、被保険者証又は組合員証及び条例第 3 条に規定する所得の内容を確認できる書類を添えて市長に提出して行うものとする。

2 前項の更新には、第 5 条第 2 項の規定を準用する。

3 市長は、第 1 項に規定する届出及びこれに添えて提出する書類により証明すべき事項を公簿等によって確認することができるときは、当該書類等を省略させることができる。

( 平成20規則24・平成29規則41・一部改正 )

( 却下通知書の様式 )

第 9 条 条例第 7 条の却下通知書の様式は、重度心身障害者医療費受給資格申請却下通知書( 別記第 5 号様式 ) によるものとする。

( 助成の停止の通知 )

第10条 条例第 8 条の助成停止通知書の様式は、重度心身障害者医療費助成停止通知書( 別記第 6 号様式 ) によるものとする。

( 受給者証の再交付 )

第11条 受給資格者は、受給者証を破損し、汚損し、又は亡失したため再交付を希望するときは、重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書( 別記第 7 号様式 ) を市長に提出して受給者証の再交付を受けなければならない。

( 入院時生活療養費標準負担額の助成額 )

第11条の 2 条例第 9 条第 1 項第 2 号に定める入院時生活療養費標準負担額の助成額は、別表のとおりとする。

( 平成19規則92・追加、平成31規則 4 ・一部改正 )

( 助成の申請 )

第12条 受給資格者は、条例第10条第 1 項本文の規定による助成を受けようとするときは、県障医療費助成申請書( 別記第 8 号様式又は別記第 8 号様式の 2 ) を市長に提出しなければならない。ただし、あらかじめ市長と協定等を締結している柔道整復師又ははり・きゅう等の施術を行う者( 以下「施術者等」という。 ) の施術を受け、当該施術者等に重度心身障害者医療費の受領を委任する場合は、県障医療費助成申請書に代えて、県単医療費助成申請書( 別記第 9 号様式又は別記第 9 号様式の 2 ) を提出するものとする。

( 平成19規則92・平成20規則24・平成23規則20・平成31規則17・一部改正 )

( 助成の決定の通知 )

第13条 市長は、前条の県障医療費助成申請書又は県単医療費助成申請書を受領したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金の額を決定の上、重度心身障害者医療費支給決定通知書（別記第10号様式）により申請者に通知するものとする。ただし、県単医療費助成申請書の場合は、申請者への通知を省略することができる。

( 受療の手續 )

第14条 受給資格者は、医療を受けようとするときは、当該保険医療機関等に被保険者証又は組合員証及び受給者証を提出しなければならない。

2 受給資格者は、条例第9条第1項第2号の規定による療養を受ける場合は、前項に掲げる書類に減額認定証を添えて提示しなければならない。

( 平成20規則24・平成23規則20・平成31規則4・一部改正 )

( 変更届等 )

第15条 条例第11条の規定による届出は、重度心身障害者医療費受給者変更届（別記第11号様式）又は重度心身障害者医療費受給者被害届（別記第12号様式）に受給者証を添えて市長に提出して行うものとする。

( 平成23規則20・一部改正 )

( 受給者証の返還 )

第16条 条例第12条の規定による受給者証の返還は、重度心身障害者医療費受給資格喪失届（別記第13号様式）に受給者証を添えて市長に提出して行うものとする。

( 平成23規則20・一部改正 )

附 則

この規則は、平成14年9月1日から施行する。

附 則（平成14年規則第45号）

1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則の規定は、平成14年10月1日から適用する。

2 この規則の施行の際、現に交付されている受給者証は、その有効期間が終了するまでの間、この規則による改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則による受給者証とみなす。

3 この規則の施行の際、現に交付されている改正前の別記第9号様式の内紙及び別記第11号様式の内紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成19年規則第92号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年規則第24号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成23年規則第20号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則の規定は、平成23年4月1日から適用する。

附 則（平成25年規則第32号）

（施行期日）

1 この規則は、平成25年4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交付されている受給者証は、その有効期間が終わるまでの間、改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則に規定する別記第3号様式の受給者証とみなす。

附 則（平成28年規則第44号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年4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交付されている受給者証は、その有効期間が終わるまでの間、この規則による改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則による受給者証とみなす。

附 則（平成29年規則第41号）

この規則は、平成29年9月1日から施行する。

附 則（平成31年規則第4号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、別記第3号様式の改正規定は、平成31年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、この規則による改正前の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則別記第1号様式、別記第2号様式、別記第3号様式及び別記第8号様式の2による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成31年規則第17号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則の規定は、平成31年4月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、改正前の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則別記第9号様式による用紙で現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和2年規則第28号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和2年4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交付されている受給者証は、その有効期間が終わるまでの間、この規則による改正後の新発田市重度心身障害者医療費助成条例施行規則による受給者証とみなす。

別表（第11条の2関係）

（平成31規則4・全改）

入院時生活療養費標準負担額の助成額

入院医療の必要性の高い者以外の者		入院医療の必要性の高い者	
減額認定証の区分	助成額 / 食	減額認定証の区分	助成額 / 食
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分の者	160	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分の者（長期非該当）	210
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分の者	100	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分の者（長期該当）	160
生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分（老福）の者	100	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で区分の者	100

生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で境界層該当者	100	生活療養に係る限度額適用・標準負担額減額認定証所持者で境界層該当者	100
-----------------------------------	-----	-----------------------------------	-----

備考 「入院医療の必要性の高い者」とは、健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成18年9月8日厚生労働省告示第488号）及び難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者とする。

別記第1号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費受給資格  
認定兼受給者証交付申請書

本人氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
世帯主氏名		本人との続柄		職業	
住所					
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障害名	等級
					級
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期判定 (有期限)
				A	有・無 ( )
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障害の程度	有期限
			1級		
その他					
加入医療保険証等	保険種別	国(一・退)・協(一・日)・組(一・退)・共・船・後期			本人・家族
	被保険者氏名				記号 番号
	保険者名				所在地
	標準負担額減額認定証等の有無				有・無

上記のとおり 身体障害者手帳  
療育手帳 と加入医療保険証等を添えて申請します。  
精神障害者保健福祉手帳

年 月 日

住所  
申請者 (印)  
氏名  
(本人との続柄)

新発田市長 様

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

第2号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費現況届					
		(助成対象者)	(扶養義務者等)		
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち、老人扶養親族の数)		人	人		
※助成対象者については (ア同一生計配偶者のうち70歳以上の者及び老人扶養親族の合計数) (イ特定扶養親族の数)		(ア 人) (イ 人)	( 人)		
所得額		円	円		
諸	雑損控除	円	円		
	医療費控除	円	円		
	小規模企業共済等掛金控除	円	円		
	配偶者特別控除	円	円		
		円	円		
控	同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める障害者(特別障害者を除く。)である者の数	人	円	人	円
	同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である者の数	人	円	人	円
除	助成対象者又は扶養義務者本人について、老年者・寡婦(寡夫)・寡婦特例・勤労学生の別(扶養義務者については障害者・特別障害者も含む。)	老・寡・寡特・勤		障・特障 老・寡・寡特・勤	
	社会保険料等相当額	円		円	
	控除合計額	円		円	
控除後の所得額		円		円	
所得制限額		円		円	
所得制限の該当・非該当の別		該当・非該当		該当・非該当	

上記のとおり、医療費助成に必要な所得の内容について届け出ます。

年 月 日

住所  
届出者  
氏名

新発田市長 様

㊟

注 記名押印に代えて署名することができます。

第3号様式(第6条関係)

(表)

新発田市 重度障害者 医療費受給者証										
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">           県 障         </div>	公 費 負 担 者 番 号		6	1	1	5				
	入 院 自 己 負 担 分 公 費 負 担 者 番 号 ※		9	1	1	5				
	受 給 者 番 号									
	保 険 者									
受 給 者	住 所									
	氏 名		男 ・ 女							
	生 年 月 日		年 月 日							
有 効 期 間			年 月 日		から					
			年 月 日		まで					
発 行 機 関			新潟県 新発田市長						印	
交 付 年 月 日			年 月 日							

※ 外来の場合は、レセプトに入院自己負担分公費負担者番号の記載は不要です。

※ 用紙は、原則として日本産業規格B列7番白色とする。

※ 印刷は、黒色によるものとする。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、大切に保管してください。
- 2 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口へ提出してください。また、医療保険の限度額適用認定証がある場合は、併せて提出してください。
- 3 一部負担金について  
外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときには当該額)を支払ってください。  
入院の場合は、1日につき1,200円を支払ってください。(ただし、受給者のうち満18歳に達した日以後最初の3月末日までの者は、一部負担金はありません。)  
訪問看護の場合は、1日につき250円を支払ってください。  
なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。
- 4 入院時食事療養(生活療養)標準負担額について  
保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口へ提示してください。
- 5 次の場合は、速やかに新発田市に届け出てください。
  - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
  - (2) 加入している医療保険を変更したとき。
  - (3) 食事療養(生活療養)標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
  - (4) 障害の程度が軽減したとき。
  - (5) 生活保護の決定を受けたとき。
  - (6) 法律等に基づき医療費の全額助成を受けることとなったとき。
  - (7) 第三者行為による治療を受けたとき。
  - (8) この証を破損、汚損又は亡失したとき。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関での領収証及び明細書等を添付して新発田市に手続きしてください。
- 7 この証の有効期間は表面のとおりです。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分を受けることがあります。

第4号様式(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付台帳

受給者番号	交付年月日	氏名・性別 (生年月日)	住 所	保護者氏名 (続柄)	保険種別等		認 定 要 件				更 新 年 月 日 (再交付年月日)	資 格 喪 失 年 月 日	備 考 (減額認定証の有無)	
					保 険 者 名 記号・番号	本人・家族 退職別	重度身体障害者 障害名・級別	重度知的障害者 手帳の 再判定	精神障害者 再判定 時期	精神障害者 等級・有効期限				その他
		男女 ( )				本人 家族 退職	(1. 2. 3. 級)	有期 ・ 無期		1級				
		男女 ( )				本人 家族 退職	(1. 2. 3. 級)	有期 ・ 無期		1級				
		男女 ( )				本人 家族 退職	(1. 2. 3. 級)	有期 ・ 無期		1級				
		男女 ( )				本人 家族 退職	(1. 2. 3. 級)	有期 ・ 無期		1級				
		男女 ( )				本人 家族 退職	(1. 2. 3. 級)	有期 ・ 無期		1級				

第5号様式(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給資格申請却下通知書

第 号  
年 月 日

様

新発田市長



年 月 日付けで申請された重度心身障害者医療費受給資格について、  
次の理由により認められないので却下します。

却下理由

付記

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に新発田市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に新発田市を被告として(訴訟において新発田市を代表する者は新発田市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、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か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第6号様式(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成停止通知書

第 号  
年 月 日

様

新発田市長



重度心身障害者医療費助成については、下記のとおり助成を停止します(しました)ので、通知します。

記

1 停止の理由

2 停止の期間 年 月 から 年 月 まで

付記

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に新発田市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に新発田市を被告として(訴訟において新発田市を代表する者は新発田市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、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か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第7号様式(第11条関係)

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者番号	受給者氏名	性別	男・女
	生年月日	年	月 日
住所			
再交付申請の理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所  
申請者  
氏名 (受給者との続柄) 印

新発田市長 様

- 注 1 再交付申請の理由は、具体的に詳しく記載すること。  
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。  
3 記名押印に代えて署名することができます。

第8号様式(第12条関係)

(表)  
 県障医療費助成申請書

年 月 日

新発田市市長 様

申請者 住 所  
 氏 名



下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年 月
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。  
 2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
 3 // 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

( 年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合計	点	円
入院	入院日	年 月 日 ~	年 月 日
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回   うち長期該当	回
訪問看護	利用日数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・母子保健法・児童福祉法・その他( )		

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地  
 医療機関等 名称  
 氏 名



- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。  
 ※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注 意 事 項

1 助成額について

- (1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。
- ア 外来の場合は、月の初日から4回目まで受診日ごとに530円(その日の自己負担額が530円に満たないときは当該額)
- イ 入院の場合は入院した1日につき1,200円で計算した額(ただし、受給者のうち満15歳に達した日以後最初の3月末日までの者は、一部負担金はありません。)
- ウ 訪問看護の場合は利用した1日につき250円で計算した額。
- (2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同一月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1枚
(2) 外来と入院の場合	2枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3枚

3 不明な点は、新発田市の担当窓口におたずねください。

第8号様式の2(第12条関係)

(表)

県障医療費助成申請書(入院時生活療養費用)

年 月 日

新発田市長 様

申請者 住 所  
氏 名



下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診医療機関名		受診年月	年 月
振込指定金融機関	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。  
 2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。  
 3 // 医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄(県障助成額単価×食事回数)

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

( 年 月診療分)

所得区分等	標準負担額	食事回数(回)	金額(円)
適用区分オ・低所得者Ⅱ	210円/食		
低所得者Ⅰ	130円/食		
低所得者Ⅰ(老齢福祉年金受給者)・境界層該当者	100円/食		
入院医療の必要性の高い者	210円・160円・100円/食		

様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地  
医療機関等 名称  
氏 名



- ※ 「入院医療の必要性の高い者」とは医療区分2又は3等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者です。該当する単価に「○」をつけてください。  
 ※ 所得区分等(例:低所得Ⅱ)及び所得区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

注意事項

1 助成申請額の計算方法

- (1) 入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成の対象となります。
- (2) 申請額は入院時生活療養費標準負担額のうち、入院時食事療養標準負担額と同額(食材料費相当分)の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額(食材料費相当額)

低所得者Ⅱ 160円/食

低所得者Ⅰ 100円/食

低所得者Ⅰ(老齢福祉年金受給者)

100円/食

境界層該当者 100円/食

ただし、入院医療の必要性の高い者については

低所得者Ⅱ 210円/食

低所得者Ⅱ(90日を超える場合)

160円/食

低所得者Ⅰ 100円/食

境界層該当者 100円/食

- 2 不明な点は、新発田市の担当窓口におたずねください。

(表)

(受給者が記入してください。)

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					
				年 月 日	
新 発 田 市 長 様				住 所	
				申請者	
				氏 名	㊟
下記のとおり金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
				代理人住所	
				代理人氏名	㊟
受給者証番号				保 険 者 名	
受給者氏名				記 号 ・ 番 号	
受療者氏名				被 保 険 者 氏 名	
自己負担割合	3割	2割	1割	/	
振 込 指 定 金 融 機 関 名	銀行名				口 座 番 号
	支店名				フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人
※	他法負担額	一部負担金額		決 定 額	

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照

◎記名押印に代えて自署することができます。

(柔道整復師が記入してください。)

領 収 書 (診療月 年 月分)					
	療養に要した費用 A	自 己 負 担 額 B	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額 B-C	
1日目	円	円	円	円	
2日目	円	円	円	円	
3日目	円	円	円	円	
4日目	円	円	円	円	
5日目以降	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉 法・その他( )		公 費 分 費 用	患 者 負 担 額 (公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。					
				所在地	
				柔道整復師 名 称	
				氏 名	㊟
年 月 日					
様					

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

〈県老の場合〉

- 療養に要した費用の2割(経過措置対象者は1割)

〈県障・県親・単子の場合〉

- 1日につき                      円(同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が                      円に満たないときは当該額)

2 不明な点は、新発田市の担当窓口におたずねください。

（表）

（受給者が記入してください。）

制 度 種 別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書（ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧） 年 月 日 新発田市長 様 申請者 住 所 氏 名 <span style="float:right">㊞</span> 下記のとおり金 円（診療月 年 月分）の医療費の 助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。 代理人住所 代理人氏名 <span style="float:right">㊞</span>					
受給者証番号				保 険 者 名	
受給者氏名				記 号 ・ 番 号	
受療者氏名				被 保 険 者 氏 名	
自己負担割合	3割	2割	1割		
振 込 指 定 金 融 機 関 名	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※	他法負担額	一部負担金額		決定額	

注1 ※印欄は記入しないこと。

注2 助成申請額の算出方法等裏面参照

◎記名押印に代えて自署することができます。

（施術者が記入してください。）

領 収 書						（診療月 年 月分）	
	療養に要した費用 A	自 己 負 担 額 B	県単一部負担金領収済額 C	県単医療費助成額B-C			
1日目	円	円	円	円	円		
2日目	円	円	円	円	円		
3日目	円	円	円	円	円		
4日目	円	円	円	円	円		
5日目以降	円	円	円	円	円		
計	円	円	円	円	円		
他法負担等 の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・ その他（ ）		公 費 分 費 用				
			患者負担額(公費分)				
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。 年 月 日 施 術 所 所 在 地 名 称 様 施 術 者 氏 名 <span style="float:right">印</span>							

注1 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額（円単位四捨五入）を記入すること。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から保険給付額、他法負担額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

<県老の場合>

○ 療養に要した費用の2割（経過措置対象者は1割）

<県障・県親・単子の場合>

○ 1日につき 円（同一施術所については月4日までとし、かつその際の自己負担額が 円に満たないときは当該額）

2 不明な点は、新発田市の担当窓口におたずねください。

重度心身障害者医療費支給決定通知書

第 号  
年 月 日

様

新発田市長



標記医療費については、下記のとおり支給することに決定したので通知します。

記

1 支給額 円

(内訳)

申請年月日	受診年月	申請額(支給額)

2 支給方法 下記の口座に支払いたします。( 年 月 日振込予定)

振込先	
預金種目	普通 当座 その他
口座番号	
名義人	

付記

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に新発田市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に新発田市を被告として(訴訟において新発田市を代表する者は新発田市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、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か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第11号様式(第15条関係)

重度心身障害者医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住 所				
届 出 事 項		変更年月日	年 月 日	
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更 4 食事療養(生活療養)費標準負担額認定証の交付又は返納若しくは認定証の記載事項の変更 5 その他		届 出 理 由		
変 更 事 項				
旧		新		

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者 住 所  
氏 名 (受給者との続柄) (印)

新発田市長 様

注1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。

- 2 届出の理由は、詳しく記載してください。
- 3 変更前の受給者証を添えてください。
- 4 記名押印に代えて署名することができます。

第12号様式(第15条関係)

重度心身障害者医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
住所				
1 疾病・負傷の具体的内容				
2 事故等発生原因及び発生日				
3 受診先医療機関の名称				
4 所轄警察署の立会の有無 (有・無)				
有のとき：警察署名_____				
5 加害者の氏名、住所、勤務先				

上記のとおり第三者による被害を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所  
届出者  
氏名 (受給者との続柄) (印)

新発田市長 様

注 記名押印に代えて署名することができます。

第13号様式(第16条関係)

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
住所				
1 資格喪失事由 (1) 障害の等級が軽減したため (2) 他市町村へ転居したため(転居先 ) (3) 受給資格者が死亡したため (4) その他(具体的事由 )				
2 資格喪失事由発生日 年 月 日				

上記のとおり受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所  
届出者  
氏名 (印)  
(受給者との続柄 )

新発田市長 様

- 注 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。  
2 記名押印に代えて署名することができます。

別記第 1 号様式 ( 第 5 条関係 )

( 平成19規則92・全改、平成20規則24・平成23規則20・平成29規則41・平成31規則 4・一部改正 )

第 2 号様式 ( 第 5 条関係 )

( 平成23規則20・平成31規則 4・一部改正 )

第 3 号様式 ( 第 6 条関係 )

( 平成23規則20・追加、平成25規則32・平成28規則44・平成31規則 4・令和 2 規則28・一部改正 )

第 4 号様式 ( 第 6 条関係 )

( 平成20規則24・平成29規則41・一部改正 )

第 5 号様式 ( 第 9 条関係 )

( 平成19規則92・平成28規則44・一部改正 )

第 6 号様式 ( 第10条関係 )

( 平成19規則92・平成28規則44・一部改正 )

第 7 号様式 ( 第11条関係 )

第 8 号様式 ( 第12条関係 )

( 平成23規則20・全改、平成25規則32・平成28規則44・一部改正 )

第 8 号様式の 2 ( 第12条関係 )

( 平成19規則92・追加、平成20規則24・平成23規則20・平成28規則44・平成31規則 4・一部改正 )

第 9 号様式 ( 第12条関係 )

( 平成14規則45・全改、平成19規則92・平成20規則24・平成23規則20・平成25規則32・平成28規則44・平成31規則17・一部改正 )

第 9 号様式の 2 ( 第12条関係 )

( 平成31規則17・追加 )

第10号様式 ( 第13条関係 )

( 平成19規則92・平成28規則44・一部改正 )

第11号様式 ( 第15条関係 )

( 平成19規則92・一部改正、平成23規則20・旧第12号様式繰上 )

第12号様式 ( 第15条関係 )

( 平成23規則20・旧第13号様式繰上 )

第13号様式（第16条関係）

（平成23規則20・旧第14号様式繰上、平成29規則41・一部改正）