

○弥富市精神障害者医療費支給条例施行規則

平成4年3月31日

規則第6号

(趣旨)

第1条 この規則は、弥富市精神障害者医療費支給条例（平成4年弥富町条例第6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1項に規定する規則で定める法令（以下「社会保険各法」という。）は、次に掲げる法律をいう。

- (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) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(受給者証等の交付申請)

第3条 条例第5条第1項第1号に規定する精神障害者医療費受給者証（第1号様式。以下「受給者証」という。）又は同項第2号に規定する精神障害者医療費受給者認定書（第2号様式。以下「受給者認定書」という。）の交付を受けようとする者は、精神障害者医療費受給者証等交付申請書（第3号様式）に条例第2条第1項に規定する受給資格者（以下「受給資格者」という。）であることを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する申請があった場合において、その者が受給資格者であることを確認したときは、受給者証又は受給者認定書（以下「受給者証等」という。）を交付するものとする。

3 受給者証等の有効期間は、条例第2条の受給資格を有する期間のうち、次の各号に掲げる受給資格者の区分に応じ、当該各号に定める期間とする。

- (1) 条例第2条第1項第1号に規定する者 前項に規定する確認があった日の属する月の初日（その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日。以下「開始日」という。）から当該精神障害者保健福祉手帳の有

効期限又は当該自立支援医療受給者証の有効期間の末日のいずれか早い日までの期間

(2) 条例第2条第1項第2号に規定する者 開始日から当該自立支援医療受給者証の有効期間の末日までの期間

(3) 条例第2条第1項第3号に規定する者 開始日から当該精神障害者保健福祉手帳の有効期限までの期間

(4) 条例第2条第1項第4号に規定する者 開始日から精神疾患による入院治療が必要と証明する診断書に記載された入院期間の末日までの期間

(受給者証の更新申請等)

第3条の2 受給者証の交付を受けている者は、有効期限の後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ精神障害者医療費受給者証更新申請書（第4号様式）に有効期限の後も引き続き受給資格者であることを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 前条第2項及び第3項（同項第4号を除く。以下この項において同じ。）の規定は、前項に規定する受給者証の更新申請について準用する。この場合において、同条第2項中「受給者証又は受給者認定書（以下「受給者証等」という。）」とあるのは「受給者証」と、同条第3項中「受給者証等」とあるのは「受給者証」と、「前項に規定する確認があった日の属する月の初日（その者がその日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日。」とあるのは「前回の有効期限の翌日（）」と、「開始日」とあるのは「更新日」と読み替えるものとする。

3 受給者証等の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、受給者証等の有効期間が満了したときは、速やかに当該受給者証等を市長に返還しなければならない。

(受給者証等の再交付申請)

第3条の3 受給者は、受給者証等を破り、汚し、又は失ったときは、速やかに精神障害者医療費受給者証等再交付申請書（第5号様式）を市長に提出して、その再交付を申請しなければならない。

2 受給者証等を破り、又は汚した場合の前項の申請には、同項の申請書に、その受給者証等を添えなければならない。

3 受給者は、受給者証等の再交付を受けた後、失った受給者証等を発見したときは、速やかに発見した受給者証等を市長に返還しなければならない。

(医療費支給申請)

第4条 条例第4条第1項に規定する精神障害者医療費（以下「医療費」という。）の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費支給申請書（第6号様式）を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、当該医療費について条例第4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する書類、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た書類を添えなければならない。

(医療費の請求)

第5条 条例第6条第1項の規定により市長から支払を受ける医療機関等は、精神障害者医療費請求書を市長に提出するものとする。

2 前項に規定する請求があったときは、前条に規定する申請があったものとみなす。

(届出事項)

第6条 条例第7条第1項に規定する規則で定める事項は、次に掲げるとおりとする。

(1) 氏名

(2) 市の区域内における住所

(3) 条例第4条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団（以下「保険者等」という。）又は当該保険者等の名称若しくは事業所の所在地若しくは給付の内容

(4) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）によ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又は当該世帯主若しくは組合員の氏名若しくは住所若しくは被保険者証の記号番号

(5) 社会保険各法による被保険者、組合員又は加入者である受給者にあつては、被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号

(6) 社会保険各法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又は当該被保険者、組合員若しく

は加入者の氏名若しくは住所若しくは被保険者証、組合員証若しくは加入者証の記号番号

(7) 精神障害者保健福祉手帳の記載事項

(8) 自立支援医療受給者証の記載事項

(9) 前各号に掲げるもののほか、市長が指定する事項

2 受給者は、前項各号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更のあった日から起算して14日以内に精神障害者医療費受給者等変更届（第7号様式）に、当該変更のあったことを証する書類を添えて市長に届け出なければならない。

（受給資格喪失の届出）

第7条 受給者は、条例第2条第1項の規定に該当しなくなったとき、又は同条第2項各号の規定に該当するに至ったときは、速やかに精神障害者医療費受給資格喪失届（第8号様式）により、市長に届け出なければならない。

（受給者証等の添付）

第7条の2 前2条の規定による届出には、受給者証等を添えなければならない。ただし、受給者証等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受給者証等に代えることができる。

（第三者の行為による被害の届出）

第7条の3 医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、速やかに第三者行為による被害届（第9号様式）により、市長に届け出なければならない。

（添付書類の省略）

第8条 市長は、この規則の規定により申請書又は届書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、当該書類を省略させることができる。

（医療費に関する処分の通知）

第8条の2 市長は、医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

（雑則）

第9条 この規則に定めるもののほか、医療費の支給に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、平成4年4月1日から施行する。

附 則（平成9年規則第19号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の弥富町精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、平成9年4月1日から適用する。

附 則（平成14年規則第35号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第2号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第30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40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22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改正前の弥富市規則の規定に基づいて作成されている様式用の紙は、改正後の弥富市規則の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成23年規則第27号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成27年規則第10号）

この規則は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第56号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年規則第7号）抄

(施行期日)

- 1 この規則は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年規則第26号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第3号様式から第9号様式までの改正規定は、令和3年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に交付を受けている精神障害者保健福祉手帳（同日以後に更新したものは除く。）の有効期限内における精神障害者医療費受給者証の交付申請については、なお従前の例による。

附 則 (令和5年規則第17号)

この規則は、令和5年4月1日から施行する。

附 則 (令和5年規則第33号)

この規則は、公布の日から施行する。

第1号様式（第3条関係）
（その1）

（表）

愛知県内のみ有効		
精	精神障害者医療費受給者証 （全疾病使用可）	
受給者番号		
保険者名		
記号番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 及び印	愛知県 弥富市長 印	
交付年月日	年 月 日	

（裏）

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証又は加入者証及び自立支援医療受給者証（精神通院）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名又は住所に変更があったときは、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。
- 5 保険者名や記号番号等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。
- 6 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 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懲役の処分を受けます。

（問い合わせ先）

弥富市役所 健康福祉部 保険年金課
電話番号 (0567) 65-1111

(その2)

(表)

愛知県内のみ有効			
精	精神障害者医療費受給者証 (精神通院医療のみ使用可)		
	受給者番号		
	保険者名		
	記号番号		
受給者	住所		
	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 及び印	愛知県 弥富市長 印		
交付年月日	年 月 日		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証又は加入者証及び自立支援医療受給者証(精神通院)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名又は住所に変更があったときは、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。
- 5 保険者名や記号番号等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。
- 6 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 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懲役の処分を受けます。

(問い合わせ先)

弥富市役所 健康福祉部 保険年金課
電話番号 (0567) 65-1111

(その3)

(表)

愛知県内のみ有効			
精	精神障害者医療費受給者証 (入院医療のみ使用可)		
	受給者番号		
	保険者名		
	記号番号		
受給者	住所		
	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 及び印	愛知県 弥富市長 印		
交付年月日	年 月 日		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証又は加入者証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名又は住所に変更があったときは、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。
- 5 保険者名や記号番号等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。
- 6 この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 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懲役の処分を受けます。

(問い合わせ先)

弥富市役所 健康福祉部 保険年金課
電話番号 (0567) 65-1111

（表）

精神障害者医療費受給者認定書			
受給者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	男・女
有効期間	年 月 日から	退 院 日	日まで
上記の者は、弥富市精神障害者医療費支給条例により、精神障害に係る入院医療費の支給を受けることができる者であることを証明する。 年 月 日 愛知県 弥富市長 印			

（裏）

注 意 事 項
1 この認定書は、弥富市精神障害者医療費支給条例により、医療費の支給を受けることができるものですから、大切に保管してください。 2 医療費の自己負担分は、保険医療機関の窓口で支払ってください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの認定書を添えて、市長にその旨を届け出てください。 4 精神障害者医療費の支給申請をするときは、保険医療機関で「医療等の状況」により証明を受け、市長に支給申請書を提出してください。 5 氏名又は住所に変更があったときは、14日以内に、この認定書を添えて、市長にその旨を届け出てください。 6 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。 7 この認定書を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 (問い合わせ先) 弥富市役所 健康福祉部 保険年金課 電話番号 (0567) 65-1111

第3号様式（第3条関係）

精神障害者医療費受給者証等交付申請書					
(宛先) 弥富市長					年 月 日
住所					
申請者					
氏 名					
電話番号					
次のとおり精神障害者医療費受給者証・受給者認定書の交付を申請します。					
受給者番号					
受給資格者	住所				
	フリガナ	男・女	生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日		
		世帯主との続柄			
世帯主	フリガナ	男・女	生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日		
加入医療保険	被保険者氏名		記号・番号		
	保 険 種 別				
	保険者	名 称			
		所 在 地			
資格取得年月日	年 月 日		付加給付の有無	有 ・ 無	
障害区分	1 精神障害者保健福祉手帳1級	交付事由	1 手帳交付 2 転 入 3 再判定		
	2 精神障害者保健福祉手帳2級		4 その他 ()		
	3 精神障害者保健福祉手帳3級		(交付事由発生年月日 年 月 日)		
	4 精神障害者自立支援医療該当				
	5 入院				
手帳等	記号番号				
	交付年月日	年 月 日		再判定日	年 月 日
備考					

第4号様式（第3条の2関係）

精神障害者医療費受給者証更新申請書						
(宛先) 弥富市長					年 月 日	
住 所						
申請者						
氏 名						
電話番号						
次のとおり精神障害者医療費受給者証の更新を申請します。						
受給者番号						
受給者	住 所					
	フリガナ		男・女	生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
		世帯主との続柄				
世帯主	フリガナ		男・女	生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
加入医療保険	被保険者氏名		記号・番号			
	保 険 種 別					
	保険者	名 称				
		所在地				
	資格取得年月日		年 月 日	付加給付の有無		有 ・ 無
障害区分	1 精神障害者保健福祉手帳1級		交付事由	1 手帳交付 2 転入 3 再判定		
	2 精神障害者保健福祉手帳2級			4 その他 ()		
3 精神障害者保健福祉手帳3級		(交付事由発生年月日 年 月 日)				
4 精神障害者自立支援医療該当						
5 入院						
手帳等	記号番号					
	交付年月日		年 月 日	再判定日	年 月 日	
備考						

第5号様式（第3条の3関係）

精神障害者医療費受給者証等再交付申請書		
(宛先) 弥富市長	年 月 日	
住 所 申請者 氏 名 電話番号		
次のとおり精神障害者医療費受給者証・受給者認定書の再交付を申請します。		
受 給 者 番 号		
受 給 者	住 所	
	フリガナ	性別
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
申 請 理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 (事情をお書きください。)	
※再交付年月日	年 月 日	

※の欄は、記入しないでください。

第6号様式（第4条関係）

精神障害者医療費支給申請書					
(宛先) 弥富市長				年 月 日	
住所					
申請者					
氏名					
電話番号					
次のとおり精神障害者医療費の支給を申請します。					
受給者番号			保険者名		
フリガナ			被保険者等 記号・番号		
氏名					
生年月日	年 月 日		通院区分	入院 ・ 入院外	
傷病名			療養期間	年 月分	
医療機関	所在地				
	名称				
医療費総額	円				
申請額	円				
申請事由	1 医療保険において療養費等が支給された。 2 県外で医療等を受けた。 3 その他				
振込先	金融機関名	支店名	口座種別・番号	口座名義人(カナ)	
計 算 方 法					
1	総費用額	円	5	結核・精神その他 公費負担分	() 円
2	法定割合	割	6	家族療養費 付加金	() 円
3	窓口支払分	円	支給 決定額	円	
4	入院 } 入院外 } の別				

(注) 医療機関の領収書等を添えてください。

第7号様式（第6条関係）

精神障害者医療費受給者等変更届				
			年 月 日	
(宛先) 弥富市長				
住 所				
届出者				
氏 名				
電話番号				
次のとおり精神障害者医療費の受給資格に変更がありました。				
受給者番号				
区 分	変 更 後	変 更 前	事 由	
受給者	住 所		1 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 障害の程度の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 (年 月 日)	
	フリガナ			
	氏 名			
障 害 の 程 度				
加入医療保険	被保険者	氏 名		
		続 柄		
		住 所		
	被保険者等 記号・番号			
	保 険 者 名			<保険者番号 >
	所 在 地			
給付の内容 (付加給付)				
その他 ()				
備 考				

※ 該当する□の中にレ印を記入してください。

第8号様式（第7条関係）

精神障害者医療費受給資格喪失届		
		年 月 日
(宛先) 弥富市長		
住 所		
届出者		
氏 名		
電話番号		
次のとおり精神障害者医療費の受給資格を喪失しました。		
受給者番号		
区 分		事 由
受給者	住 所	1 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ 転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢資格 取得 <input type="checkbox"/> 障害の程度の変 更 <input type="checkbox"/> その他 () 喪失年月日 (年 月 日)
	フリガナ	
	氏 名	
加入医療保険	被保険者 氏 名	
	続 柄	
	住 所	
被保険者等 記号・番号		
保 険 者 名	<保険者番号 >	
所 在 地		
給付の内容 (付加給付)		
その他 ()		
備 考		

※ 該当する□の中にレ印を記入してください。

第9号様式 (第7条の3関係)

第三者行為による被害届

(宛先) 弥富市長		受給者 住所 氏名 電話番号		年 月 日		
次のとおりお届けします。						
事故発生日		年 月 日 午 (前・後) 時 分		事故発生場所		
事故原因と状況						
被害者名 (受給者名)		受給者番号		職業		
		フリガナ		続柄		
		氏名		生年月日		
		被保険者証 記号・番号		社保・国保 の保険者名		
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏名		生年月日		
		住所				
		職業		電話番号		
	保 有 者	氏名		生年月日		年 月 日
		住所				
		職業		電話番号		
	運 転 者 との関係		本人・親族 (続柄)・事業主・その他 ()			
	契 約 者	氏名		生年月日		年 月 日
		住所				
		職業		電話番号		
	運 転 者 との関係		本人・親族 (続柄)・事業主・その他 ()			
	自 賠 責 保 険	有	保険会社		証明書 番号	
無						
有		保険会社		支店名 課名 担当者名		
任意保険 (対人)	有					
	無	証券番号		電話番号		
医療機関の所在地・名称 (氏名)		傷病名		初診日		
				年 月 日		
当 初			保険診療		有・無	
			保険診療 開始日		年 月 日	
転 医 後			診療見込期間			
			診療見込金額		円	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 委任状 2 事故発生状況報告書 3 交通事故証明書 4 委任状兼同意書
- 5 念書等

第1号様式（第3条関係）

第2号様式（第3条関係）

第3号様式（第3条関係）

第4号様式（第3条の2関係）

第5号様式（第3条の3関係）

第6号様式（第4条関係）

第7号様式（第6条関係）

第8号様式（第7条関係）

第9号様式（第7条の3関係）