

砂 川 市 規 則 第 2 5 号
令和 4 年 5 月 3 1 日

砂川市福祉医療助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市福祉医療費助成条例施行規則（昭和48年規則第11号）の一部を次のように改正する。

別表（第2条関係）第1項第2号中「第8条の規定において準用する同令第1条に定める額（第8条において読み替えた後の額）」を「第1条に定める額」に改め、同表第2項第2号中「第8条において準用する同令第2条」を「第2条」に改め、同表第3項第2号中「第8条において準用する同令第3条」を「第3条」に改める。

別記第1号様式（第3条関係）から別記第5号様式（第4条関係）まで及び別記第10号様式（第6条関係）から別記第11号の2様式（第6条関係）までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和4年6月1日から施行する。

福祉医療費受給者証交付申請書（重度心身障害者）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。
 記

※	受 給 者 番 号					
対 象 者	ふ り が な					
	氏 名	住 所 砂川市				
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)				
世 帯 主	氏 名	住 所				
	対象者との続柄					
身 体 障 害 者 手 帳		交付年月日 番 号 第 号	年 月 日	身体障害者 の 等 級	級	
知 的 障 害	療 育 手 帳	交付年月日 番 号 第 号	年 月 日	判 定	A ・ B	
	判 定 (診 断)	判定年月日 判定機関名 第 号	年 月 日	総 合 判 定	重度・中度・軽度	
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳		交付年月日 手帳番号 第 号	年 月 日	身体障害者 の 等 級	級	
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		記 号 番 号		付加 給付	有 ・ 無
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国				
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所 在 地		
後期高齢者医療制度			資格取得日	年 月 日		
添 付 書 類						
※	決 定 年 月 日	年 月 日				
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。					
	2 次の理由により上記申請を却下する。					
	却下理由					
適 要	※ 課税台帳 月 日 確認	所得確認	係	係 長	課長補佐	課 長

(注) ※欄は記入しないでください。

お 願 い

- 1 重度心身障害者医療給付事業の助成の対象となる者は「重度の知的障害者（児）」と、身体障害者手帳1級、2級又は3級（心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の機能の障害に限る。）の交付を受けた者に限ります。この診断書は、知的障害者（児）の診断にのみ使用してください。
- 2 診断書のうち、重度とは、知能指数がおおむね35以下、なお、知的障害と肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者（障害等級1～3級）についてはおおむね50以下であって、次のいずれかに該当する者です。
 - ア 日常生活における基本的動作（食事、排せつ、入浴、着脱衣等）が困難であって、個別的指導及び介助を必要とする者
 - イ 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とする者
- 3 知的障害の障害程度の各状態像を、おおむね次のようにとらえております。

	身辺処理	意思交換	文字・数などの理解	社会的行動	作 業
重 度	身のまわりの始末をするのに他人の助けがいる。あるいは大雑把にはできるが不十分	単純な意思表示あるいはごく簡単な日常会話しかできない。	全くわからないか、自分の姓名が読み書きできる程度。数なら10前後数えられる程度	集団参加がむずかしいか、あるいは、指示されればなんとかできる。	上限は、授産的な場での単純作業ができる。
中 度	身のまわりの始末は自分でできるが時・所・場合に応じた配慮はうまくできない。	限られた範囲での日常会話はできる。	ひらがなの読み書き、簡単な加減算程度ができる。	簡単な社会生活のきまりが理解できる。	上限は、訓練によっては就労できる。
軽 度	時・所・場合に応じた配慮もある程度できる。	日常会話はできるが、こみ入った話はむずかしい。	簡単な読み書きや金銭計算ができる。	簡単な社会生活のきまりに従って行動できるが、事態の変化にはうまく適応できない。	上限は、単純作業を中心とした職業につき、経済的な自立ができる。

お 願 い

- 1 重度心身障害者医療給付事業の助成の対象となる者は「重度の知的障害者（児）」と、身体障害者手帳1級、2級又は3級（心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の機能の障害に限る。）の交付を受けた者に限ります。この診断書は、知的障害者（児）の診断にのみ使用してください。
- 2 診断書のうち、重度とは、知能指数がおおむね35以下、なお、知的障害と肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者（障害等級1～3級）についてはおおむね50以下であって、次のいずれかに該当する者です。
 - ア 日常生活における基本的動作（食事、排せつ、入浴、着脱衣等）が困難であって、個別的指導及び介助を必要とする者
 - イ 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とする者
- 3 知的障害の障害程度の各状態像を、おおむね次のようにとらえております。

	身辺処理	意思交換	文字・数などの理解	社会的行動	作 業
重 度	身のまわりの始末をするのに他人の助けがいる。あるいは大雑把にはできるが不十分	単純な意思表示あるいはごく簡単な日常会話しかできない。	全くわからないか、自分の姓名が読み書きできる程度。数なら10前後数えられる程度	集団参加がむずかしいか、あるいは、指示されればなんとかできる。	上限は、授産的な場での単純作業ができる。
中 度	身のまわりの始末は自分でできるが時・所・場合に応じた配慮はうまくできない。	限られた範囲での日常会話はできる。	ひらがなの読み書き、簡単な加減算程度ができる。	簡単な社会生活のきまりが理解できる。	上限は、訓練によっては就労できる。
軽 度	時・所・場合に応じた配慮もある程度できる。	日常会話はできるが、こみ入った話はむずかしい。	簡単な読み書きや金銭計算ができる。	簡単な社会生活のきまりに従って行動できるが、事態の変化にはうまく適応できない。	上限は、単純作業を中心とした職業につき、経済的な自立ができる。

福祉医療費受給者証交付申請書（ひとり親家庭等）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を申請します。

なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

記

※ 受 給 者 番 号									
母 又 は 父 ・ 子 の 別		母又は父		子					
対 象 者	ふ り が な								
	氏 名								
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
	保 護 者 と の 続 柄								
	同居 ・ 別居	同居別居の別	同居 別居		同居 別居		同居 別居		同居 別居
	別 居 地								
	別 居 の 理 由								
父 母 の	氏 名	父				母			
状 況	状 況	生存・死亡 年 月 日			生存・死亡 年 月 日				
ひとり親家庭等 となった理由		死別、離別、行方不明、遺棄 両親の死亡、両親の行方不明 拘禁、配偶者の障害、その他				発 生 年 月 日			
						年 月 日			
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名				記 号 番 号			付加 給付	有 ・ 無
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国							
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				所在地				
添 付 書 類									
※	決 定 年 月 日	年 月 日							
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。								
	2 次の理由により上記申請を却下する。								
	却下理由								
適 要	※ 課税台帳 月 日・確認	所得確認		係	係 長	課長補佐	課 長		

(注) ※欄は記入しないでください。

福祉医療費受給者証交付申請書（乳幼児等）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。
なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

記

※	受 給 者 番 号					
対 象 者	ふ り が な					
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
保 護 者 と の 続 柄						
申請者との同居別居の別		同居 別居	同居 別居	同居 別居	同居 別居	同居 別居
父 母 の 氏 名						
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			記 号 番 号	付加 給付	有 ・ 無
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国				
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			所在地		
添 付 書 類						
※	決 定 年 月 日	年 月 日				
決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。					
	却下理由					
適 要	※ 課税台帳 月 日 確認	所得確認	係	係 長	課長補佐	課 長

(注) ※欄は記入しないでください。

障初 重度心身障害者医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
住所		氏名	
受給者		男・女	
生年月日		年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※中学校入学の年度の受給者の場合は以下の文言を付記 【4月1日以降は公費番号45010261のみ 年3月31日までは自己負担なし】 ※非課税世帯の小学生以下の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※課税世帯の3歳未満の受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】	
発行機関		及び印	
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。	
(1) 障初の場合	初診時一部負担金
ア 内科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円	
(2) 障課の場合	医療費の1割負担に相当する額
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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口提出してください。	
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還してください。	
4 氏名、居住地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 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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。	
6 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。	
7 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。	
8 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。	
9 この手続等についての問い合わせは 砂川市市民部市民生活課保険係へ TEL 0125 - 74 - 4745	
保険医療機関等の皆様へ 診療報酬明細書の請求	
1 就学前受給者の場合	
障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①・②の一部負担金欄へ記載してください。	
2 小学生	
医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、障初の場合のみ初診時一部負担金は公費46も併用し、請求してください。	
3 中学生以上の場合	
医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。	

障 害 者 心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 者 証			
公費負担 者 番 号	受給者 番 号		男・女
受 給 者	住 所	年 月 日	
	氏 名	年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※3歳到達年度の受給者の場合は以下の文言を付記 【誕生月 年 月までは障初扱い】 ※就学前受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】		
発 行 機 関 及 び 印			
交 付 年 月 日	年 月 日		

注 意 事 項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 (1) 障初の場合 初診時一部負担金 ア 内科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円 (2) 障課の場合 医療費の1割負担に相当する額 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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市長に返還してください。 4 氏名、居住地に変更があつたときは、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 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、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。 6 この証を破つたり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。 7 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。 9 この手続等についての問い合わせは 砂川市市民部市民生活課保険係へ TEL 0125 - 74 - 4745 保険医療機関等の皆様へ 診療報酬明細書の請求 1 就学前受給者の場合 障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①・②の一部負担金欄へ記載してください。 2 小学生 医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、障初の場合のみ初診時一部負担金は公費46も併用し、請求してください。 3 中学生以上の場合 医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

老初 重度心身障害者医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
住所		男・女	
氏名		男・女	
生年月日		年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】	
発行機関及び印			
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項

- 1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、初診の場合に限り、次の一部負担金を支払ってください。
- ① 医科 580円
 - ② 歯科 510円
 - ③ 柔道整復 270円
 - ④ その他市長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 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還してください。
- 4 氏名、居住地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 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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 9 この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ ☎ 0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求
医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

老課 重度心身障害者医療費受給者証				
公費負担者番号		受給者番号		
受給者	住所			
	氏名		男・女	
	生年月日	年	月	日
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】		
発行機関及び印				
交付年月日		年	月	日

注 意 事 項

- この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。
 - 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合、1割に相当する額
 - その他市長が定める額
- 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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口提出してください。
- 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 氏名、居住地に変更があつたときは、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。
- 加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、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。
- この証を破つたり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- この手続等についての問い合わせは
砂川市市民部市民生活課保険係へ TEL 0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求
医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に、請求点数のみ記載してください。

別記第3号様式（第4条関係）

乳初 乳幼児等医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
住所			
乳幼児等	氏名	男・女	
生年月日		年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで ※非課税世帯の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※上記以外の就学前受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】	
発行機関及び			
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項	
1	この証で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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
2	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還してください。
3	氏名、居住地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。
4	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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
5	この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
6	有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
7	不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
8	この手続等についての問い合わせは 砂川市市民部市民生活課保険係へ TEL 0125 - 74 - 4745
保険医療機関等の皆様へ 診療報酬明細書の請求	
1	就学前受給者 乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金額へ記載してください。
2	乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。 (1) 乳初の場合 初診時一部負担金 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 (2) 乳課の場合 医療費の1割負担 2 小学生の入院・指定訪問看護 医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、乳初の入院の場合のみ初診時一部負担金を砂川市で助成しますので公費91も併用し、請求してください。
3	小学生の通院 医療保険と公費92の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので公費①の一部負担金額へ記載してください。 (1) 乳初の場合 全額（本人自己負担なし） (2) 乳課の場合 2割分（本人1割相当負担）

別記第3号の2様式 (第4条関係)

乳 幼 児 等 医 療 費 受 給 者 証			
乳 幼 児 等	公費負担者番号	受給者番号	
住 所			
氏 名	男・女		
生 年 月 日	年	月	日
有 効 期 限	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	※3歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは乳初扱い】 ※上記以外の就学前受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】		
発 行 機 関 及 び 印			
交 付 年 月 日	年	月	日

注 意 事 項	
1	この証で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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
2	受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
3	氏名、居住地に変更があつたときは、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。
4	加入している医療保険又はその内容に変更があつたときは、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	この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
6	有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
7	不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
8	この手続等についての問い合わせは 砂川市市民部市民生活課保険係へ ☎ 0125 - 74 - 4745
保険医療機関等の皆様へ 診療報酬明細書の請求	
1	就学前受給者 乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
2	乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。
3	乳初の場合 初診時一部負担金 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 (2) 乳課の場合 医療費の1割負担 小学生の入院・指定訪問看護 医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、乳初の入院の場合のみ初診時一部負担金を砂川市で助成しますので公費91も併用し、請求してください。
3	小学生の通院 医療保険と公費92の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので公費①の一部負担金欄へ記載してください。
	(1) 乳初の場合 全額 (本人自己負担なし) (2) 乳課の場合 2割分 (本人1割相当負担)

別記第4号様式（第4条関係）

親初 ひとり親家庭等医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※中学校入学の年度の受給者の場合は以下の文言を付記 【4月1日以降は公費番号93010262のみ 年3月31日までは自己負担なし】 ※非課税世帯の小学生以下の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※課税世帯の3歳未満の受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】		
発行機 関及び 名			
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。 (1) 親初の場合 初診時一部負担金 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円 (2) 親課の場合 医療費の1割負担に相当する額 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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口提出してください。 3 受給者の資格がなくなったり、汚したり又は紛失したりしたときは、速やかにこの証を市長に返還してください。 4 氏名、居住地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 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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。 6 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。 7 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。 9 この手続等についての問い合わせは 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745 保険医療機関等の皆様へ 診療報酬明細書の請求 1 就学前受給者の場合 親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①・②の一部負担金欄へ記載してください。 2 小学生 医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、親初の場合のみ初診時一部負担金は公費94も併用し、請求してください。 3 中学生以上の場合 医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第4号の2様式（第4条関係）

親課 ひとり親家庭等医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
住所		男・女	
氏名			
生年月日		年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで ※3歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは親初扱い】 ※就学前受給者の場合は以下の文言を付記 【就学前受給者は自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】	
発行機関及び印			
交付年月日		年 月 日	

注	意	事	項
1 この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。			
(1) 親初の場合 初診時一部負担金			
ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円			
(2) 親課の場合 医療費の1割負担に相当する額			
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（又は組合員証）に添えて、この証を必ず窓口提出してください。			
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還してください。			
4 氏名、居住地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 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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。			
6 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。			
7 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。			
8 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。			
9 この手続等についての問い合わせは			
砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745			
保険医療機関等の皆様へ			
診療報酬明細書の請求			
1 就学前受給者の場合			
親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①・②の一部負担金欄へ記載してください。			
2 小学生			
医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。なお、親初の場合のみ初診時一部負担金は公費94も併用し、請求してください。			
3 中学生以上の場合			
医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。			

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市
申請者 氏 名

下記の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受 給 者	住 所				
	氏 名				
	受 給 者 証	・ 重度 ・ 障老 ・ ひとり親等 ・ 乳幼児等			
	受 給 者 証 番 号	第 号			
理 由	1 破損したため 2 汚損したため 3 紛失したため 4 その他（ ）				
※ 破損、汚損の場合は旧受給者証を添付してください。		係	係 長	課長補佐	課 長

医療費支給申請書（償還払用）

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給者	加入医療保険		記号番号			
	受給者証番号		第 号			
	住 所		砂川市			
	氏 名		生年月日		年 月 日	
医療を受けた 病 院 等	名 称					
	住 所					
診療 内 容	①入 院 ②入院外		期間 年 月 日 ～ 年 月 日		療養日数 日	
	発 病 の 原 因					
	療養に要する費用		総額 円	保険者割合 割	申請額 円	
支 払 方	市役所窓口					
	口座振込	銀行名	支店名		名義人	
		口座番号				

支給決定決議書（申請に対し支給決定してよろしい）（円）						適 用		
支		医科(入院)	医科(入院外)	歯 科 分	調 剤 分	補 装 具	そ の 他	計
給	補 助 分							
決	初診時負担金							
定	市単独分							
額	合 計							

※証拠書類として添付するもの 保険負担分が現物～医療機関領収書 保険負担分と本人負担分も償還～保険者の証明書

備 考		係	係 長	課長補佐	課 長

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費領収書

患 者 氏 名	入 院 ・ 入院外等	保険負 担割合	領 収 金 額	摘 要 (総点数)
	・入 院 ・入院外 ・初 診 (月 日) ~ (月 日) 治療分	・ 7 割 ・ 8 割 ・ 障 老 (7 割) (8 割) ・ 前期高齢 (7 割) (8 割)	円 (総点数×10円×負担割合)	

年 月 日

医療機関の所在地
及 び 名 称
開 設 者 の 氏 名

-
- 1 「入院・入院外等」、「保険負担割合」欄については、該当するものを○で囲んでください。
 - 2 領収書は、診療月をまたぐことのないよう作成してください。
 - 3 「入院・入院外等」欄に、入院期間及び入院外の診療年月日を記載してください。

乳幼児等医療費領収書様式

乳幼児等医療費領収書

患者氏名	領収金額				摘要
					外
					入

年 月 日発行（ 回分）

医療機関の所在地
及 び 名 称
開 設 者 の 氏 名

(保護者の方へ)

1 この領収書には、健康保険の対象とならない費用（容器代、往診時車代、診断書料、オムツ代等）は含まれておりません。

2 この領収書は、患者氏名を記入して○か月分を取りまとめるうえ、「乳幼児等医療費受給者証」と「通帳」を必ず携行して、市町村長に請求してください。

3 「領収書」等を訂正した場合には、給付を行いませんので、特に注意をしてください。

4 この領収書は、再発行いたしませんから、大切に保管してください。

◎ 乳幼児等医療費助成事業に伴う「領収書」の記入要領について、次によりご協力ください。

(記入要領)

- 1 「領収金額」欄の記入については、保険給付対象分について、窓口において徴収した金額を記入すること。
- 2 「領収金額」は、算用数字で記入し、その前の欄に必ず「¥」を記入すること。

(例……

¥	1	2	3	0	円
---	---	---	---	---	---

 のように)

- 3 入院外の場合には、「外」を、入院の場合には、「入」をそれぞれ摘要欄の「外」「入」を○で囲むこと。(例…

④・⑤のように)

- 4 年月日の（ 回分）欄には、入院・通院とも数回分をまとめて領収した場合にのみ記入すること。
- 5 受給者証の有効期限を経過した者に対しては、この領収書は発行しないこと。