

## 山口市重度心身障害者医療費助成要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、重度心身障害者（以下「障害者」という。）の医療費の一部を助成することにより、当該障害者の保健の向上を図り、もって障害者の福祉の増進に資することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「社会保険各法」とは、次の各号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) 私立学校教職員共済組合法（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) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (6) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (7) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

2 この要綱において「対象者」とは、山口市内に居住地を有する者、国民健康保険法第116条若しくは第116条の2の規定により山口市が行う国民健康保険の被保険者とした者又は高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とした者（国民健康保険法の規定による対象者は、山口県内に居住地を有する者に限る。ただし、同法及び高齢者の医療の確保に関する法律の同規定により転出先の県外市町村において助成を受けることができない場合を除く。）で、かつ、別表第1に定める障害者に該当する者のうち、社会保険各法の規定による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であって、その所得が国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令（昭和61年政令第54号）第52条に規定するところにより、なおその効力を有することとなる旧国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）第6条の4第1項に規定する額（対象者に扶養親族等があるときは国民年金法施行令第5条の4に準じて加算した額）を超えないものをいう。

3 前項に規定する「所得」は、対象者の前年の所得（1月から6月までの間に受けた医療に係る障害者医療費については、前々年の所得とする。）とする。

4 第2項の規定にかかわらず、次の各号の一に該当する者は、対象者とはしないものとする。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号若しくは同条第2項の措置又は同法33条の規定による一時保護を受けている者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者

- (3) 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第16条の規定による施設入所等の措置を受けている者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者
  - (4) 国民健康保険法第116条又は第116条の2の規定により他の市区町村が行う国民健康保険の被保険者とされた者
  - (5) 高齢者の医療の確保に関する法律第55条の規定により山口県後期高齢者医療広域連合以外の後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とされた者
- 5 この要綱において「社会保険各法の規定による医療に関する給付」とは、疾病又は負傷につき社会保険各法による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問看護療養費、特別療養費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給をいう。

（助成の範囲）

第3条 市長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において当該医療に関する給付の額（その者が社会保険各法による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する社会保険各法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。）が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額（社会保険各法による入院時食事療養又は入院時生活療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費又は当該入院時生活療養費の給付に関するこれらの法律に規定する食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を除いた額とする。）を重度心身障害者医療費（以下「障害者医療費」という。）として助成するものとする。ただし、当該疾病又は負傷について、法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りではない。

- 2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることはできない。

（受給者証の交付申請）

第4条 この要綱により障害者医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、あらかじめ市長に対し、福祉医療費受給者証交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) 社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入者証
- (2) 収入及び扶養の状況を記載した書類で市長が必要と認めるもの。ただし、障害者医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認することができるときは、当該書類の提示等を要しないものとする。
- (3) 国民年金証書、特別児童扶養手当証書、身体障害者手帳、療育手帳その他この要綱に定める障害を有する者であることを証する書類
- (4) 被扶養者確認票（様式第4号。市長が必要と認める場合に限る）
- (5) その他市長が必要と認めた書類

2 前項の申請に当たって、障害者医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は次に掲げる事項について、同意しなければならない。

(1) 福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、受給者の所得及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。

(2) 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

(3) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費ならびに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。

(4) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。

(5) 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。

(6) 山口市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部または一部を支給しない場合があること。

(受給者証の交付等)

第5条 市長は、前条の規定による申請書又は第3項の規定による申請書の提出があった場合において、その申請に係る者が対象者であると認めるときは、当該申請書を提出した者に対し、福祉医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間は、交付の日（更新の場合にあっては、その年の7月1日）からその日以後最初に到来する6月30日までとする。ただし、交付の日（更新の場合にあっては、その年の7月1日）に74歳の者にあっては、75歳の誕生日の前日までとする。

3 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）が受給者証の有効期間満了後も引き続き障害者医療費の助成を受けようとするときは、毎年6月1日から同月30日までの間に、市長に対し、福祉医療費受給者証更新申請書（様式第1号）に前条第1項各号に掲げる書類を添えて受給者証の更新を申請することができる。

4 前項の申請に当たっては、前条第2項の規定を準用する。

5 前項の規定にかかわらず、第2項ただし書の規定により有効期間が75歳の誕生日の前日までの受給者証の交付を受けている者が、受給者証の有効期間満了後も引き続き障害者医療費の助成を受けようとするときは当該有効期間の満了する日の1箇月前から当該有効期間の満了する日までの間に、市長に対し、福祉医療費受給者証更新申請書（様式第1号）に前条第1項各号に掲げる書類を添えて受給者証の更新を申請することができる。

6 前項の申請に当たっては、前条第2項の規定を準用する。

(助成の方法)

第6条 受給者は、障害者医療費の助成を受けようとするときは、市長に対し、福祉医療費助成申請書（様式第3号）に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

(1) 社会保険各法の規定による一部負担金を支払ったことを証する資料若しくは他の法令等による給付に関し費用徴収金が課せられる場合は、措置の実施機関の発行する決定通知書又は医療機関の発行する領収書等の当該費用徴収金額が確認できる資料

(2) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他これに類する給付を受けることができる場合若しくはできた場合、又はその他法令等の規定により給付を受けることができる場合若しくはできた場合は、その給付金額が記載された書類

2 前項の規定による申請書の提出に当たっては、受給者証を提示しなければならない。

3 市長は、第1項の申請書を受理した場合において、その内容を審査の上適当と認めるときは、障害者医療費の額を決定し、受給者に支払うものとする。

(現物給付による助成)

第7条 受給者が、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局若しくは指定訪問看護事業者又はその他別に定める病院、診療所若しくは薬局（以下「保険医療機関等」という。）で医療を受けた場合においては、前条の規定にかかわらず、市長は、当該保険医療費に関してその者が支払うべき金額を限度として当該保険医療機関等に対しその者に代わり医療費を支払うことができる。

2 前項の規定により医療費を支払ったときは、当該医療を受けた者に対し前条の規定による障害者医療費の助成を行ったものとみなす。

3 市長は、第1項の規定による医療費の支払を行う場合において保険医療機関等に支払うべき医療費の額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会に委託する方法により行うものとする。

(受療の手続)

第8条 受給者は、前条の規定により医療を受けようとするときは、当該医療を受けようとする保険医療機関等に対し、受給者の属する保険者又は組合の発行した被保険者証又は組合員証若しくは加入者証に受給者証を添えて提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によりこれを提出できない者であつて、受給者であることが明らかでない者については、この限りでない。

(助成の制限等)

第9条 市長は、単身世帯である対象者（生活保護法による保護の実施要領に基づき、世帯分離の措置等により単身世帯として取り扱われる者を含む。）のうち65歳以上の者を除き、継続した入院期間（受給者となる前の入院期間を含む。）が1年を超え、かつ、その月額平均収入額が別表第2に定める基準額を下回るものについては、第3条の規定にかかわらず、入院に係る障害者医療費は助成しないものとする。ただし、別に定める事由に該当し、市長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

2 市長は、受給者証の有効期間内に前項の規定により入院に係る障害者医療費を助成しないこととなる者については、同項の規定にかかわらず、当該受給者証の有効期間内に

限り、なお入院に係る障害者医療費を助成するものとする。

3 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しないことができる。

(1) 受給者の疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであって、損害賠償を請求することができるとき。

(2) 受給者の疾病又は負傷が受給者の故意による犯罪行為により生じたものであるとき。

(3) 受給者が助成の決定に関する書類で市長が必要と認めるものを提出しないとき。

(4) この要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したとき。

(調査)

第10条 市長は、必要があると認めるときは、この要綱による障害者医療費の助成を受けようとする者及び受ける者に対し、対象者の収入、資産、家族の状況等に関し報告を求め、又は関係職員をして調査させるものとする。

(変更事項等の届出)

第11条 受給者は、次の各号の一に該当するときは、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

(1) 住所又は氏名を変更したとき。(様式第5号)

(2) 加入している医療保険に変更があったとき。(様式第6号)

(3) 助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。

(4) 受給者証を紛失したとき。(様式第9号)

(5) 市外へ転出するとき。(様式第7号)

(6) 医療費の助成がある施設へ入所するとき。(様式第7号)

(7) 生活保護を受けるようになったとき。(様式第7号)

(8) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき。

(9) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けたとき。

(10) 障害者手帳等の等級に変更があったとき。

(11) 税の申告等により所得や控除、年少扶養親族に変更があったとき。

2 受給者は、受給者の住所と異なる住所に福祉医療費受給者証更新申請書及び受給者証の送付先を変更したいときは、市長に対し、福祉医療費更新申請書・受給者証送付先変更申出書(様式第8号)を提出しなければならない。

3 市長は、前項の申出書を受理した場合において、その内容を審査の上適当と認めるときは、変更された住所へ福祉医療費受給者証更新申請書及び受給者証を送付するものとする。

(受給者証の再交付申請)

第12条 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、次の各号に掲げる事項を記載した福祉医療費受給者証再交付申請書(様式第9号)を市長に提出して、その再交付を申請することができる。

- (1) 受給者の氏名及び生年月日
  - (2) 再交付申請の理由
  - (3) 受給者証の番号
- 2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の再交付申請には、その受給者証を添えなければならない。
  - 3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見した時は、直ちに、これを市長に返還しなければならない。

(受給者証の返還)

第13条 受給者又はその家族は、第5条第3項若しくは第4項の規定により受給者証の更新の申請をしないとき又は受給者が死亡したとき若しくは受給者としての要件を欠くに至ったときは当該受給者証を市長に返還しなければならない。

(障害者医療費の返還)

第14条 市長は、偽り、その他不正な行為により障害者医療費の助成を受けた者があるときは、その者から、既に助成した障害者医療費の全部又は一部を返還させるものとする。

- 2 市長は、受給者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けることができるとき若しくは受けたときは、その金額の限度において、障害者医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した障害者医療費の額に相当する金額を返還させるものとする。
- 3 受給者及び被保険者は、障害者医療費の助成を受けている者に係る医療費について、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他これに類する給付の支給があったときは、その金額の限度において、その金額に相当する障害者医療費を返還しなければならない。
- 4 市長は、第3条の規定による助成すべき額を超えて助成したときは、受給者又は被保険者から、その過払い相当額を市へ返還させるものとする。ただし、被保険者から同意を得た上で、市長が保険者から過払い相当額を代理受領できた場合は、この限りでない。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行について必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成17年10月1日から施行する。
- (経過措置)
- 2 この要綱の施行の日の前日までに、合併前の山口市重度心身障害者医療費助成要綱（山口市制定）、小郡町重度心身障害者医療費助成要綱（小郡町制定）、秋穂町重度心身障害者医療費助成要綱（秋穂町制定）、阿知須町重度心身障害者医療費助成要綱（阿知須町制定）、又は徳地町重度心身障害者医療費助成要綱（徳地町制定）の規定によりなされた手続きその他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされたものとみな

す。

(阿東町の編入に伴う経過措置)

- 3 阿東町の編入の日の前日までに、編入前の阿東町重度心身障害者医療費助成要綱の規定によりなされた手続その他の行為は、この要綱の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。ただし、第2条第3項第2号及び第3条の改訂規定は、同年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年1月16日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

別表第1（第2条関係）

障害の範囲

号	障 害 者
1	国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表の1級に該当する程度の障害を有する者
2	身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号の3級に該当する程度の障害を有する者

別表第2（第9条関係）

入院医療費助成の制限の対象となる者の収入の基準

基 準 額	基 準 額 の 内 訳	
基準額の内訳の1から3までに定める事項につき、それぞれ算定した額を合算した額	1	生活保護法による保護の基準で定める入院患者日用品費の月額基準額
	2	生活保護法による保護の基準で定める障害程度に応じた障害加算の月額
	3	社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において最高となる月額の自己負担額



# 福祉医療費受給者証 交付更新 申請書

## (重度心身障害者用)

N		有効 期間	～		交付 年月日
---	--	----------	---	--	-----------

受給者	住所	山口市				
	フリガナ 氏名		性別	男・女		
	生年月日	年 月 日				
加入医療保険	記号番号					
	種別	国・退・後・全・組・共・国組・船・日				
	被保険者氏名					続柄
	被保険者住所					
	保険者番号					
保険者名称						
*該当箇所記入、または○をつけてください。						
1	療育手帳A判定	障害年金1級	特別児童扶養手当1級			
	身体障害者手帳	肢体不自由・心臓・じん臓・呼吸器・直腸・ぼうこう 視覚障害・聴覚平衡障害・肝臓・その他( )				
		1級・2級・3級				
	精神障害者保健福祉手帳1級	その他				
2	原爆手帳をもっている。	はい・いいえ				
3	生活保護を受けている。	はい・いいえ				
4	現在、一人暮らしである。	はい・いいえ(はいの場合は下欄に記入)				
	生活場所	1. 自宅 2. 病院・施設(名称 )				
		( 期間 年 月 日 から )				
	連絡先(本人以外)					
	氏名	(続柄 )		TEL		
	住所					

左記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

平成 年 月 日

山口市長 様 住所 山口市

申請者 氏名

TEL

同意書

次のことについて同意します。

- 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の所得及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。
- 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
- 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。
- 山口市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部または一部を支給しない場合があること。

平成 年 月 日

山口市長 様 申請者氏名

被保険者氏名

### (変更・訂正のある場合)

加入医療保険	記号番号					
	種別	国・退・後・全・組・共・国組・船・日				
	被保険者氏名					続柄
	被保険者住所					
	保険者番号					
保険者名称						

\* 太枠内を記入してください。また、左の欄に記載された事項に変更や訂正のある場合は、右の欄にご記入ください。  
 \* この申請書には、健康保険証(組合員証)を添付してください。

表 面

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">福</div>		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">福祉医療費受給者証</div>							
		( 重 度 心 身 障 害 者 用 )							
特記事項									
記 号				番 号					
受給者	居 住 地								
	氏 名								
	生 年 月 日	年		月		日			
有 効 期 間		年		月		日 から			
		年		月		日 まで			
交 付 年 月 日		年		月		日			
一部負担金の 上限額(裏面3)		通	0円		入	0円			
発 行 機 関 名 及 び 印		山口県 <b>山 口 市 長</b>							
福祉医療費負担者番号		8	1	3	5	0	0	3	5

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

## 裏 面

### 注 意 事 項

1. 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証（又は組合員証）を添えて窓口へ提出してください。
2. 人工腎臓（透析治療）、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市長に協議してください。
3. 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の保険診療の自己負担分（入院時の食事・生活療養費に係る自己負担分は除く）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。  
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
- 4 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。
  - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳の等級に変更が
  - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
  - (3) 受給者証を紛失したとき
  - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
  - (5) 生活保護を受けるようになったとき
  - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき
  - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を保険者から受けたとき
  - (8) 税の申告等により所得や控除、年少扶養親族の変更があつ
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この証は、保険医療機関等において、保険診療の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものですから大切に保持してください。（入院時の食事・生活療養費に係る自己負担分は本人負担となります）
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 以下の場合、医療費の助成が受けられないことや既に助成した医療費を返還していただくことがあります。
  - ・偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用した場合
  - ・市に対する申告や報告が正しくなかった場合
  - ・市長の指示に正当な理由が無く応じなかった場合

# 福祉医療費助成申請書

平成 年 月 日

山口市長様

申請者 住所

氏名 印

受給者証記号番号 -

( 受給者氏名  
生年月日 M・T・S・H . . )

電話番号 - -

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

医療費 払込み 指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協 ( )		本店(所) 支店(所) 出張所	口座番号						
				預金種別	普通 ・ 当座 ・ ( )					
				フリガナ						
	ゆうちょ銀行			氏名						
金融機関 コード等										
	通帳記号									
		通帳番号								

平成 年 月分

## 以下 事務処理欄

	領収枚数	1レセプト	負担金	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	県外 ・ 県内 <input type="checkbox"/> 国保 ・ 他保 ・ 後期 受給資格 <input type="checkbox"/>
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円	
支給額 合計		円 No. /	円	

入力	確認
----	----

支給月 : 平成 年 月

## 被扶養者確認票

重度心身障害者福祉医療費助成制度は、受給対象者の扶養の人数によって所得制限額が異なります。  
平成22年度税制改正により、平成 年中の収入分の税計算から『16歳未満の年少扶養控除額38万円』及び『16歳以上19歳未満に対する扶養控除の上乗せ額25万円』が廃止されたため、19歳未満の扶養親族がおられる場合は所得制限の判定において、税制改正前より不利となる場合があります。  
そのような状況にならないように、税制改正前の扶養人数で所得制限額を判定させていただきますので、19歳未満の扶養親族がおられる場合は、下記の事項について必ずご記入ください。

※平成 年12月31日の現況において、「生計を一にする」0歳から19歳未満の扶養親族について  
記入上の注意をよくお読みいただき、下欄にご記入ください。

## 記入上の注意

一人のお子さんについて、複数の扶養者(父母等)が同時に扶養することはできません

## ① 平成 年1月2日～平成 年12月31日生まれの扶養親族(0歳～15歳)

氏名	続柄	生年月日
(記入例) 山口 一朝	長男	平成 年 5 月 1 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日

※職員確認欄(年少) 人

## ② 平成 年1月2日～平成 年1月1日生まれの扶養親族(16歳～18歳)

氏名	続柄	生年月日
(記入例) 山口 花子	長女	平成 年 7 月 5 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日
		平成 年 月 日

※職員確認欄(特定) 人

## 同意事項等

- 被扶養者確認票に記載された事項について、市長が申請者及び受給者に内容を確認すること
- 扶養状況の確認ができない場合は、必要に応じて旧住所地の市町村に照会すること
- 受給者の扶養状況の確認のために市長が必要と認めるものを提出すること
- 記載された扶養情報をもとに医療費助成を決定した後、被扶養者確認票に記載された扶養の事実  
に虚偽があり、福祉医療の受給要件を満たさなかった場合、助成の決定を取り消すとともに受給者  
に対して給付した助成額の全部又は一部を市長へ返還すること

上記について、同意のうえ申請します。

平成 年1月1日  
の住所地

山口市長様

申請者氏名

印

# 福祉医療費受給者住所・氏名変更届出書

平成 年 月 日

山 口 市 長 様

届出者氏名

電話番号

受 給 者	記号・番号		氏名・生年月日		新氏名
			明 大 昭 平 年 月 日生		
			明 大 昭 平 年 月 日生		
			明 大 昭 平 年 月 日生		
			明 大 昭 平 年 月 日生		
			明 大 昭 平 年 月 日生		
	住 所	前	山口市		
		後	山口市		
変 更 年 月 日		平成 年 月 日			
備 考					

- (注) 1. 受給者証を破り又は汚した場合は、受給者証を添付してください。  
2. 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときはすぐ返還してください。

手書きで訂正 =にて消除し、押印

住所変更 世帯構成員 変更有・無

氏名変更理由 (婚姻・離婚・その他 )

# 福祉医療費受給者保険変更届出書

平成 年 月 日				
山口市長様				
届出者氏名				
電話番号				
受給者	記号・番号	ふりがな氏名	性別	生年月日
				明・大・昭・平 ・
				明・大・昭・平 ・
				明・大・昭・平 ・
				明・大・昭・平 ・
	住所	山口市		
変更年月日		平成 年 月 日		
新しい加入医療保険				
記号・番号				
保険の種類		国・退・後・全・組・共・国組・船		
被保険者氏名				
被保険者住所				
保険者番号				
保険者名称				
これまでの加入医療保険				
保険の種類		国・退・後・全・組・共・国組・船		
備考				

(注)この届書には、保険証を添付してください。

## 同意書

次のことについて同意します。

- 1 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 2 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
- 4 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。

平成 年 月 日

山口市長様

被保険者氏名

Ⓜ

# 福祉医療費受給資格喪失届出書

平成 年 月 日

山 口 市 長 様

届出者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記号・番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日
				明 大 昭 平 ・
				明 大 昭 平 ・
				明 大 昭 平 ・
				明 大 昭 平 ・
				明 大 昭 平 ・
				明 大 昭 平 ・
	住 所	山口市		
喪失年月日	平成 年 月 日			
喪失事由	1. 転 出 (転出先 ) 2. 死 亡 (平成 年 月 日死亡) 3. 施 設 入 所 (施設名 ) 4. 生活保護開始 5. そ の 他 ( )			
<b>※事務処理欄</b>				
証回収年月日	平成 年 月 日			
証未回収の場合	<input type="checkbox"/> 無効印(平成 年 月 日まで有効) <input type="checkbox"/> 返信用封筒			
備 考				

転出者  
 (県内) リーフ、証コピー  
 (県外) リーフ

(注)この届書には、受給者証を添付してください。



福祉医療費 更新申請書・受給者証 送付先変更申出書

平成 年 月 日

山口市長様

受給者 受給者証 記号-番号 《 - 》	住所	〒 -		
	(ふりがな)			
	氏名	印		
	生年月日	M・T・S・H	年	月 日
	(日中連絡がつく)電話番号	- -		
届出人 続柄 《 》	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (口にチェックした場合、下の押印不要)			
	住所	〒 -		
	(ふりがな)			
	氏名	印		
	(日中連絡がつく)電話番号	- -		

更新申請書・受給者証については、下記の所に送付することを依頼します。

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者住所に送付先を戻す	
	〒 -	
送付先 (ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と同じ (口にチェックした場合、下の押印不要)	
	電話番号( )	印 続柄 《 》
希望項目	<input checked="" type="checkbox"/> 更新申請書	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者証
送付期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
理由 *詳しく記入してください。	1、一人世帯の受給者が入院したため 2、その他 ( )	

※山口市の福祉医療費助成制度は、山口市に住んでいることが要件ですので、原則として「一人世帯の受給者が入院した」等の事情がない限り別住所へ申請書等を送付しません。

※郵便物が届かない場合にはこの申出書は無効となります。送付先の変更や停止をご希望の場合は再度お手続きください。

受 付

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

山 口 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

受 給 者	記 号 ・ 番 号	ふりがな 氏 名	性 別	生 年 月 日
				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ ・
				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ ・
				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ ・
				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ ・
				明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ ・
理 由				

- (注) 1. 受給者証を破り又は汚した場合は、受給者証を添付してください。  
2. 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときはすぐ返還してください。

- 履歴は残さず、交付日を変更し、印刷
- 再スタンプを押印
- 裏面に受給者証をコピー