

○宇陀市精神障害者医療費助成事業（一般）実施要綱

平成27年3月31日

告示第25号

改正 平成27年12月28日告示第112号

平成27年12月28日告示第118号

平成28年3月25日告示第19号

（趣旨）

第1条 この告示は、精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るため、精神障害者の医療費の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 社会保険各法 次に掲げる法律をいう。
 - ア 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - ウ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - エ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - オ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (2) 国民健康保険被保険者 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者をいう。
- (3) 社会保険被保険者 社会保険各法の規定による被保険者、組合員、加入者又はこれらの被扶養者をいう。
- (4) 高齢者医療被保険者 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療法」という。）の規定による被保険者をいう。

（助成対象者）

第3条 助成の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 市内に住所を有する者（病院又は診療所（以下「病院等」という。）に入院し、当該病院等の所在する場所に住所を変更したことにより、宇陀市以外の市町村から当該病院等に入院をする際に市内に住所を変更したと認められる者を除く。）
- (2) 国民健康保険被保険者、社会保険被保険者又は高齢者医療被保険者
- (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）第45条第2項の規定による精神障害者保健福祉手帳（以下「精神障害者保健福祉手帳」という。）の交付を受けた者であって、その障害等級が1級又は2級であるもの
- (4) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けていない世帯に属する者

（住所地特例）

第4条 宇陀市以外の市町村に所在する病院等に入院をしたことにより、当該病院等の所在する場所に住所を変更したと認められる者であって、当該病院等に入院をする際に市内に住所を有していたと認められるものは、前条第1号に規定する市内に住所を有する者とみなす。ただし、2以上の病院等に継続して入院をしている者については、国民健康保険法第116条の2第2項の例による。

(適用除外)

第5条 前2条の規定にかかわらず、次に掲げる条例の規定により助成を受けることができる者は、この告示による助成の対象としない。ただし、市長が必要と認める場合は、この限りでない。

- (1) 宇陀市ひとり親家庭等医療費助成条例(平成18年宇陀市条例第113号)
- (2) 宇陀市子ども医療費助成条例(平成18年宇陀市条例第114号)
- (3) 宇陀市心身障害者医療費助成条例(平成18年宇陀市条例第122号)
- (4) 宇陀市重度心身障害老人等医療費助成条例(平成27年宇陀市条例第31号)

(助成金の額)

第6条 助成金の額は、前3条の規定により助成の対象となる者(以下「助成対象者」という。)の疾病又は負傷について国民健康保険法、社会保険各法、高齢者医療法その他の法令の規定により医療に関する給付が行われた場合における医療に要した費用(以下「医療費」という。)のうち、当該法令の規定によって助成対象者が自己負担した額から次に掲げる額を控除した額に相当する額とする。ただし、当該医療費の全部又は一部が宇陀市精神障害者医療費助成事業(精神通院)実施要綱(平成27年宇陀市告示第24号)に規定する助成対象となる場合は、当該部分に係る医療費について第4号前段に掲げる額を控除しないものとする。

- (1) 入院時の食事療養に係る標準負担額に相当する額
- (2) 入院時の生活療養に係る標準負担額に相当する額
- (3) 法令の規定による払戻額その他これに相当するものが支給されている場合は、その額に相当する額
- (4) 医療機関等(病院、診療所、薬局(保険薬局を除く。))その他の医療関係機関をいう。以下同じ。)の診療報酬明細書(訪問看護療養費明細書を含む。)又は国民健康保険法、社会保険各法若しくは高齢者医療法に定める療養費支給申請書ごとに500円。ただし、14日以上入院に係る医療費については、1,000円

(受給資格証の交付申請等)

第7条 助成対象者は、医療費の助成を受けようとするときは、当該助成対象者が国民健康保険被保険者又は社会保険被保険者である場合は精神障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書・精神障害者医療費助成金支給申請書(様式第1号。以下「受給資格証交付等申請書」という。)に、当該助成対象者

が高齢者医療被保険者である場合は精神障害者医療費助成交付（更新）申請書（様式第2号。以下「助成交付申請書」という。）に、それぞれ次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 第3条に掲げる助成要件に該当する者であることを証する書類
- (2) 所得の状況を証する書類
- (3) 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（平成17年法律第123号）第54条第3項の自立支援医療受給者証の交付を受けた者にあつては、自立支援医療受給者証（受給資格証の交付等）

第8条 市長は、受給資格証交付等申請書又は助成交付申請書を受理したときは、これを審査し、申請者が第3条に定める要件に該当すると認めるときは、当該申請者が国民健康保険被保険者又は社会保険被保険者である場合は精神障害者医療費受給資格証（様式第3号。以下「受給資格証」という。）を交付し、当該申請者が高齢者医療被保険者である場合は助成の交付を決定するものとする。ただし、市長が助成対象者と認めた場合は、申請書の受理前においても受給資格証の交付又は助成の交付決定をすることができる。

- 2 前項の場合において、第3条に定める要件に該当しないと認めるときは、精神障害者医療費受給資格証交付申請等却下通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（受給資格証）

第9条 受給資格証の有効期間は、受給資格証の交付の日から精神障害者保健福祉手帳の有効期限の日までとする。

- 2 受給資格証の交付を受けた者（以下「受給資格証交付者」という。）は、受給資格証の有効期間が満了した場合には、当該受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。
- 3 受給資格証交付者は、受給資格証を医療機関等及び保険薬局において医療を受ける際に提示しなければならない。

（受給資格証等の更新申請等）

第10条 受給資格証交付者又は助成の交付決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、精神障害者保健福祉手帳の有効期限の日前30日以内に、受給資格証交付者にあつては受給資格証交付等申請書に、交付決定者にあつては助成交付申請書に、それぞれ第7条各号に規定する書類を添えて市長に提出し、受給資格証又は助成の交付の更新を申請することができる。

- 2 第8条の規定は、前項の規定による受給資格証等の更新申請があつた場合について準用する。

（受給資格証の再交付）

第11条 受給資格証交付者は、受給資格証を破損し、又は紛失しときは、精神障害者医療費受給資格証再交付申請書（様式第5号）により市長に再交付を申請することができる。この場合において、破損による申請の場合は、申請書に当該受給資格証を添えなければならない。

2 受給資格証交付者は、受給資格証の再交付を受けた後に、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに、これを市長に返還しなければならない。

(助成金の申請)

第12条 助成金の支給を受けようとする助成対象者(以下「請求者」という。)は、当該請求者が国民健康保険被保険者又は社会保険被保険者である場合は受給資格証交付等申請書(受給資格証の提示によらない医療に係る助成金の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費助成金交付請求書(様式第6号))に、当該請求者が高齢者医療被保険者である場合は精神障害者医療費助成金(後期)交付請求書(様式第7号)に、それぞれ次に掲げる書類を添えてを市長に提出しなければならない。

(1) 第3条第2号に掲げる助成要件に該当する者であることを証する書類

(2) 第6条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及び医療に要した費用に関する書類

(3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、奈良県後期高齢者医療広域連合から市長に助成金の算定に必要な事項の通知があったときは、助成金の支給を受けようとする者から市長に前項の規定による請求書及び添付書類の提出があったものとみなす。

(助成金の支給)

第13条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、助成金の額を決定するものとする。

2 前項の規定により助成金の額を決定したときは、精神障害者医療費助成金交付決定通知書(様式第8号)により通知するとともに、助成金を償還払の方法により、毎月支給するものとする。

(届出)

第14条 助成対象者は、次の各号に該当するときは、それぞれ当該各号に定める書類に、受給資格証を交付されている場合は受給資格証を添えて、当該事実があった日から14日以内に、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 住所・氏名変更届(様式第9号)

(2) 第6条に規定する医療に関する給付を行う保険者に変更が生じたとき 加入医療保険変更届(様式第10号)

(3) 医療費の助成を受ける口座を変更するとき 振込口座変更届(様式第11号)

(4) 転出等により助成を受ける資格を喪失したとき 資格喪失届(様式第12号)

(受給者台帳の整理)

第15条 市長は、助成金の支給を受ける者について精神障害者医療費受給者台帳を作成し、常に記載内容について整理しておかななければならない。ただし、電算システムにより処置できる場合は、この限りでない。

(添付書類の省略)

第16条 市長は、この告示に規定する申請書又は請求書に添えて提出する書類等の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、当該書類等を省略させることができる。

(譲渡又は担保の禁止)

第17条 この告示による助成金の支給を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(助成金の返還等)

第18条 市長は、偽りその他不正の手段によりこの告示による助成金の支給を受けた者がいるときは、当該助成金の交付の決定を取り消し、既に支給された助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(損害賠償との調整)

第19条 市長は、請求者が疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、助成金の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した助成金の額に相当する金額を返還させることができる。

(報告)

第20条 市長は、医療費の助成に関し必要があると認めるときは、請求者に対し、必要な事項の報告を求めることができる。

(その他)

第21条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年告示第112号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則 (平成27年告示第118号)

(施行期日)

1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の様式による用紙で、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 (平成28年告示第19号)

(施行期日)

1 この告示は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示による改正後の宇陀市精神障害者医療費助成事業(一般)実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後に行われた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。

㊟ 精神障害者医療費助成交付(更新)申請書					
対 象 者	ふりがな			居住地(住所) 電話番号()	
	氏名				
	男 女				
	生年月日				
個人番号					
加入 医療 保険	被保険者氏名		対 象 者 との続柄	住所	
	保 険 種 別		本人 家族	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	
	保 険 者 番 号 及 び 名 称				
交付申請 事 由	1 心身障害者になったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため		4 その他(【手帳種別 級別】 (交付事由発生年月日) 年 月 日		
	(重度心身障害者のみ) ひとり親家庭等の方		1 配偶者のいない女子又は男子で現に児童を扶養している。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)		
	該当する番号を○で囲み <input type="checkbox"/> 枠内を記入して下さい。		2 父母のいない児童を養育している配偶者のいない女子 若しくは男子、又は婚姻をしたことのない女子若しくは男子である。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)		
所 得 状 況		助 成 対 象 者	配 偶 者 及 び 扶 養 義 務 者		
氏 名					
個 人 番 号					
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、老人控除対象配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数))		人	人	人	人
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	円	円	円
※ 審 査		認 定 ・ 却 下			
<p>※は記入しないでください。 上記のとおり精神障害者医療費助成金の交付(更新)を申請します。 年 月 日</p> <div style="float: right; text-align: right;"> 申請者 住所 氏名 ㊟ 届出人 住所 氏名 ㊟ </div>					
金融機関名	銀行・信用金庫 ・農業協同組合		支店名	本店・支店 出張所・代理店	
口座番号	普通 当座		フリガナ 口座名義人		
<p>※以下は申請者以外の口座に振り込みを希望される場合にご記入ください。 (委任状) 私は _____ を代理人と定め、精神障害者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者 氏名 ㊟ 代理人 住所 氏名 ㊟</p>					
台 整 理	異動簿		受給者番号		
	台 帳				

様式第3号（第8条関係）

（表）

精神障害者医療費受給資格証	
公費負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名 及び印	
交付年月日	年 月 日
（注）奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って宇陀市へ直接申請してください。	

（裏）

注 意 事 項	
1	この証は、健康保険証を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
2	保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証（被保険者証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
3	受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を宇陀市長に返還してください。
4	氏名又は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宇陀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日以内に宇陀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	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の対象となります。

様式第4号(第8条関係)

精神障害者医療費受給資格証交付申請等却下通知書

第 号
年 月 日

様

宇陀市長



年 月 日付けで申請のあった精神障害者医療費受給資格証交付申請等については、下記の理由により申請を却下しましたので通知します。

(理由)

様式第5号(第11条関係)

精神障害者医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

宇陀市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

下記のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	受給資格証 受給者番号	
	氏名	
	住所	
申請理由	1 紛失 2 破損 3 その他	

決 定					係	決裁年月日	
						再交付年月日	
						台帳整理	

注1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。

2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、早急に返還してください。

様式第6号 (第12条関係)

精神障害者医療費助成金交付請求書												
宇陀市長 様							年 月 日					
							(申請者) 住所 氏名	①				
							(届出人) 住所 氏名	①				
金					円							
ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。												
受給資格証 受給者番号							受給者氏名					
							個人番号					
加入医療保険名称							加入医療 保険 記号番号					
なお、上記金額を次の金融機関に振り込んでください。 ※登録済みの場合は記入不要です。												
振込 口座	銀行・農協・ 信金・信組			種 別	普 通 当 座	番 号				フリガナ 名 義		
	本店・支店・ 出張所											
◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。												
医 療 費 の 外 来 状 況 等	入 院	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)				日数・期間		総点数		自己負担支払額		
		日 (年 月 日～ 日)				点		円				
	①	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)				日数		総点数		自己負担支払額		
		日				点		円				
②	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)				日数		総点数		自己負担支払額			
	日				点		円					
※確認欄		保険の自己負担割合 (1割・2割・3割)					※高額療養費の有無 (限度額 _____)					
※ 決 定							係		決裁年月日		年 月 日	
									交付年月日		年 月 日	
									台帳確認			
【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】												
(円) - (円) - (円) = 支給額										円		

※印の欄は、記入しないでください。

様式第7号(第12条関係)

精神障害者医療費助成金(後期)交付請求書										
宇陀市長 様							年 月 日			
							(申請者)住 所			
							氏 名	<input type="checkbox"/>		
							(届出人)住 所			
							氏 名	<input type="checkbox"/>		
金 円										
ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。										
受 給 者 氏 名						個 人 番 号				
加入医療保険名称						加 入 医 療 保 険 記 号 番 号				
なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。										
振込口座	銀行店	種 別	普通当座 その他	番 号					フリガナ 名 義	
◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。										
医療費の 外 来 状 況	入 院	医療機関：名称		(所在地)						
		日数・期間		総 点 数		自己負担支払額				
		日(年 月 日から 年 月 日まで)		点		円				
	①	医療機関：名称		(所在地)						
		日 数		総 点 数		自己負担支払額				
		日		点		円				
		②	医療機関：名称		(所在地)					
			日 数		総 点 数		自己負担支払額			
			日		点		円			
		③	医療機関：名称		(所在地)					
			日 数		総 点 数		自己負担支払額			
			日		点		円			
※確認欄		保険の自己負担割合(1割・2割・3割)					※高額療養費の有無(限度額)			
※ 決 定					係		決 裁 年 月 日	年 月 日		
							交 付 年 月 日	年 月 日		
							台 帳 確 認			
【自己負担額】－【高額療養費】－【一部負担金】 (円)－(円)－(円) = 支給額 円										

※欄は記入しないでください。

※申請人が受給者本人の場合は、届出人欄の記載を省略することができます。

様式第 8 号（第 13 条関係）

第 号
年 月 日

様

宇陀市長



精神障害者医療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった精神障害者医療費助成金については、審査の結果、医療機関等で支払われた自己負担額のうち _____ 円を助成することに決定したので通知します。

なお、支払については、年 月 日をもってあなたの指定された銀行口座に振込みを依頼しました。

様式第9号（第14条関係）

住所・氏名変更届

年 月 日

宇陀市長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

下記のとおり（住所・氏名）を変更しましたので届けます。

受給資格証 受給者番号				
受給者	旧住所		新住所	
	旧氏名		新氏名	

決 定					係	決裁年月日	
						対 象	継続対象 （年 月 日まで有効） 対象外
						台帳整理	

注 この届出の際に、受給資格証を提出してください。

様式第10号（第14条関係）

加入医療保険変更届

年 月 日

宇陀市長 様

届出者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

下記のとおり加入医療保険に変更が生じましたので届けます。

受給資格証 受給者番号							
変更後の加入医療保険	被保険者氏名					受給者との続柄	
	住 所						
	保 険 種 別	国（市町村・退・組） 健（協会・組・日）・船・共	本人	被保険者の	記号番号		
	保険者番号及び名称			保険者の	所在地		
変 更 の 年 月 日		年 月 日					
被保険者資格喪失年月日		年 月 日					

決 定					係	決裁年月日	
						対 象	継続対象 （年月日まで有効） 対象外
						台帳整理	

注 変更後の加入医療保険の項の「保険種別」は、変更後の保健種別に○を付けてください。

様式第11号(第14条関係)

振込口座変更届
(精神障害者医療費)

年 月 日

宇陀市長 様

住 所 宇陀市

届出者 (印)
助成対象者
(電話番号)

助成金振込口座を下記のとおり変更するので届出します。

(変更前)

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座・その他	口座番号
口座名義人	フリガナ	

(変更後)

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座・その他	口座番号
口座名義人	フリガナ	

様式第12号（第14条関係）

資 格 喪 失 届

年 月 日

宇陀市長 様

届出者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

下記のとおり受給資格証の資格を喪失しますので届けます。

記

受 給 資 格 証 受 給 者 番 号			
受 給 者	氏 名	住 所	
資格喪失理由 1 転 出 2 死 亡 3 その他（理由を明記すること。） ()			
資 格 喪 失 理 由 発 生 年 月 日		年 月 日	

決 定					係	決 裁 年 月 日	
						台帳整理	

注 この届出の際に、受給資格証を返還してください。

様式第1号 (第7条、第10条、第12条関係)

様式第2号 (第7条、第10条関係)

様式第3号 (第8条関係)

様式第4号 (第8条関係)

様式第5号 (第11条関係)

様式第6号 (第12条関係)

様式第7号 (第12条関係)

様式第8号 (第13条関係)

様式第9号 (第14条関係)

様式第10号 (第14条関係)

様式第11号 (第14条関係)

様式第12号 (第14条関係)