

香芝市精神障害者医療費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。

令和7年12月11日

香芝市長 三橋和史

香芝市規則第62号

香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則（平成27年規則第2号）の一部
を次のように改正する。

第3条中「する者」の次に「（以下「申請者」という。）」を、「添えて」
の次に「、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利
用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番
号をいう。）を提供又は資格確認書を提示する方法等（以下「個人番号提供等」
といふ。）により国民健康保険法（昭和33年法律第192号）又は社会保
険各法の規定による被保険者等であることの確認を受けた上、」を加え、第2
号を削り、第3号を第2号とし、第4号を第3号とする。

第7条第2項中「添えて」の次に「個人番号提供等により国民健康保険法又
は社会保険各法の規定による被保険者等であることの確認を受けた上、」を加
え、同項に次のただし書きを加える。

ただし、精神障害者保健福祉手帳の有効期限までに当該手帳の更新ができ
なかつた場合は、この限りでない。

第10条中「（第8号様式）に準じ精神障害者医療システムにより常に必要
なデータの管理を行わなければならない」を「を作成し、常に記載内容につい
て整理しておかなければならない」に改める。

第1号様式から第7号様式までを次のように改める。

第1号様式（第3条関係）

精神障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電話番号

精神障害者医療費受給資格証の交付について、裏面の同意欄の記載事項に同意した上で、次のとおり申請します。

対象者	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号	
配偶者	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名		個人番号	
扶養義務者	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	対象者との続柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏名		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	国(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共	本人 家族	記号番号		
	保険者番号 及び名称					

申請事由	<input type="checkbox"/> 精神障害者になったため <input type="checkbox"/> 転入してきたため <input type="checkbox"/> 保険に新たに加入したため <input type="checkbox"/> その他（ （交付（更新）事由発生年月日　年　月　日） ）				
※審査	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下				

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 字は、楷書ではっきり書いてください。

(裏面)

同意欄

- 精神障害者医療費受給資格の申請及び精神障害者医療費助成金の支給に当たり、以下の全ての事項に同意します。
- 1 本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を香芝市が閲覧し、及び使用すること。
- 2 療養の給付に係る自己負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書及び本医療費受給資格証等の写しを徴し、香芝市長に提出すること。
- 3 本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

口座振替依頼欄

金融機関名	銀行 農協 信用金庫	支店名	本店 支店 出張所
金融機関コード		店舗コード	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
<input type="checkbox"/> 既に登録されている口座への振替を依頼します。 (更新の場合)			

委任欄

私は、次の者を代理人と定め、精神障害者医療費助成金の受領に係る権限を委任します。

申請者氏名	(署名又は記名押印)
代理人の住所	
代理人の氏名	(署名又は記名押印)

第2号様式（第4条関係）

(表)

精	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		奈良県香芝市					
	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		奈良県香芝市 香芝市長						
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市町村窓口へ直接申請してください。								

(裏)

注意事項
<p>1 この証は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けて受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成をうけることができる証ですから大切に保持してください。</p> <p>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受ける際に、この証を必ず窓口に提出してください。 また、自立支援医療受給者証をお持ちの方は、指定自立支援医療機関で診療を受ける場合、自立支援医療受給者証も必ず併せて窓口に提出してください。</p> <p>3 受給者資格の所得要件を確認する必要があるため、受給資格証の交付申請までに市町村民税に係る所得の申告をしてください。</p> <p>4 受給者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。</p> <p>5 氏名又は住居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してください。</p> <p>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日以内に市町村長にその旨を届け出してください。</p> <p>7 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。</p> <p>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の対象となります。</p> <p>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ので、速やかに市長に返してください。</p>

第3号様式（第4条関係）

第 年 月 号
日

様

香芝市長

印

精神障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書

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

理由

(教示)

- 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月以内に、香芝市長に対して審査請求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月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、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4号様式（第4条関係）

精神障害者医療費助成金支給申請書

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電話番号

香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則第6条第の規定により、
の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額　金　　円

受給者番号	受給資格証号		受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
加入医療保険の名称			加入医療保険記号番号		
医療等の状況	入院	日数及び期間		総点数	自己負担支払額
		日(年月日～年月日)		点	円
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。			
	外来	日数		総点数	自己負担支払額
		日		点	円
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。			
	外来	日数		総点数	自己負担支払額
		日		点	円
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。			
	外来	日数		総点数	自己負担支払額
		日		点	円
		上記のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。			

備考 受けられた医療における領収証明書等を添付してください。

第5号様式（第8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

香芝市長

住　　所

氏　　名

次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		個人 番号
住　　所			
申　請　理　由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（　　）		

備考

- 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。

第6号様式（第9条関係）

精神障害者医療費受給資格証内容変更届

年　月　日

香芝市長

住　所

氏　名

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

受給資格証 受給者番号								
受給者	新 氏 名							
	旧 氏 名							
	個人番号							
	新 住 所							
	旧 住 所							
変更後の 加入医療 保 險	被保険者 氏 名					受給者との続柄		
	個人番号							
	住 所							
	保険種別				本人家族	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					

備考 この届出の際に、受給資格証を提出してください。

第7号様式（第9条関係）

精神障害者医療費受給資格喪失届

年　月　日

香芝市長

住 所
氏 名
受給者との続柄

次の者について受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受 給 者	受給資格証			
	受給者番号			
	氏 名		個人番号	
住 所				
異 動 日	年 月 日			
喪 失 理 由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

なお、医療費助成金に未支給分があるときは、次の口座にお振込みください。

氏 名

金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫	支 店 名	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）	口座番号	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			

備考 この届出の際に、受給資格証を返還してください。

第8号様式を削る。

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、令和7年12月2日から適用する。
(経過措置)
- 2 この規則の施行の際現に改正前の香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則の規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の香芝市精神障害者医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。