

香芝市告示第236号

香芝市重度心身障害老人等医療費助成要綱を次のように定める。

令和7年12月11日

香芝市長 三橋 和史

香芝市重度心身障害老人等医療費助成要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、心身に重度の障害を持った老人又はひとり親家庭等であるなどの理由により医療費の増大が懸念される老人に対し、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「高齢者医療確保法」という。）その他の法令の規定により負担した一部負担金又は一部負担金相当額（以下「一部負担金等」という。）を助成することを目的とする。

(助成の要件)

第2条 一部負担金等の助成は、香芝市に住所を有する者であって、高齢者医療確保法の規定による被保険者のうち、次に掲げる者に対して行うものとする。

- (1) 香芝市心身障害者（児）医療費助成条例（平成3年条例第16号）第2条第1項第2号に規定する助成要件に該当する者
- (2) 香芝市ひとり親家庭等医療費助成条例（平成3年条例第17号）第2条各号（第3号を除く。）に規定する助成要件に該当し、かつ、同条例第3条の3に規定する支給制限を受けない者

(住所地特例)

第3条 前条の規定にかかわらず、奈良県内の他の市町村の区域内に所在する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5条第11項に規定する障害者支援施設又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条第1項に規定する児童福祉施設（障害児入所施設に限る。）（以下この条において「障害者支援施設等」という。）に入所したことにより、香芝市から当該他の市町村の区域内に住所を変更した者で、その者が当該住所の変更をしなかつたとしたならば、前条（第2号を除く。）の要件に該当し、同条の規定による一部負担金等の助成を受けることができることとなるものは、同条に規定する香芝市に住所を有する者とみなす。継続して2以上の障害者支援施設等に入所をしている者の最初に入所した障害者支援施設等への入所前の住所が香芝市の区域内であった場合についても、同様とする。

(助成の範囲)

第4条 一部負担金等の助成は、第2条の要件に該当する者（以下「助成対象

者」という。)の疾病又は負傷について高齢者医療確保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費のうち、当該法令の規定によって助成対象者が負担した額に相当する額から次に掲げる額を控除した額(以下「助成金」という。)を助成対象者に支給して行うものとする。

- (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る場合は、その額に相当する額
 - (4) 病院若しくは診療所等(保険薬局を除く。)の診療報酬明細書(訪問看護療養費明細書を含む。)又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める額
イ 外来療養である場合 500円
ロ 入院療養である場合 1,000円(14日未満の入院療養である場合は、500円)
- (助成の申請)

第5条 一部負担金等の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、重度心身障害老人等医療費助成申請書(第1号様式。以下この条、次条及び第9条第1項において「申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて、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。)を提供し、又は資格確認書等を添付する方法等(以下「個人番号提供等」という。)により高齢者医療確保法の規定による被保険者であることの確認を受けた上で、市長に申請しなければならない。

- (1) 申請者、申請者の配偶者及び申請者の扶養義務者の所得の状況を証する書類
 - (2) 第2条第1号に掲げる者にあっては身体障害者手帳又は療育手帳、同条第2号に掲げる者にあっては同号に該当することを証する書類
- 2 市長は、前項の規定により申請書に添えなければならない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。

(認定通知)

第6条 市長は、申請書を受理した場合において、助成対象者であると認めるときは、受給資格の認定を通知するものとし、助成対象者に該当しないと認めるときは、その理由を付し、重度心身障害老人等医療費助成申請却下通知

書（第2号様式）を交付するものとする。

- 2 市長は、申請書の提出がない場合においても助成対象者であると認めたときは、前項の規定に準じて受給資格の認定を通知するものとする。

（支給方法）

第7条 受給資格の認定を受けた者（以下「受給者」という。）が助成金の支給を受けようとするときは、重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書（第3号様式。以下「申請書」という。）に領収書その他一部負担金等を医療機関等で支払ったことが明らかとなるものを添えて市長に提出しなければならない。

- 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一部負担金等その他助成金の額の算定に必要な事項が通知されたときは、受給者から市長に同項の規定による申請書の提出があったものとみなす。

（助成金の支給）

第8条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査の上、適當と認めるときは、助成金を支給するものとする。

（受給資格の更新申請）

第9条 受給者は、毎年7月1日から同月末日までに、申請書に第5条第1項に規定する書類を添えて、個人番号提供等により高齢者医療確保法の規定による被保険者であることの確認を受けた上で、市長に提出し、受給資格の認定の更新を申請することができる。

- 2 第5条第2項及び第6条の規定は、前項の規定による更新の手続について準用する。

（譲渡又は担保の禁止）

第10条 この要綱による助成金の支給を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

（助成金の返還）

第11条 偽りその他不正の手段によって、この要綱による助成金の支給を受けた者があるときは、市長は、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（受給資格登録等の停止）

第12条 市長は、別に定める医療費貸付制度の対象者として認定した受給者が、医療費貸付制度の利用について著しく不適切な行為をしたときは、当該受給者の受給資格登録及び助成金の支給を停止することができる。

（損害賠償との調整）

第13条 市長は、受給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、当該助成金の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した当該助成金の額に相当する金額を返還させることができる。

(届出)

第14条 受給者は、次の各号に該当する場合は、それぞれ当該各号に掲げる書類を市長に届け出なければならない。

- (1) 受給者が住所又は氏名を変更したとき 住所・氏名変更届（第4号様式）
- (2) 第2条第2号に規定する者に所得の変更が生じたとき 所得状況変更届（第5号様式）
- (3) 第2条に規定する者に該当しなくなったとき 資格喪失届（第6号様式）

(受給者台帳の整備)

第15条 市長は、受給者について重度心身障害老人等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ければならない。

(その他)

第16条 この要綱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

(施行期日等)

- 1 この要綱は、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 この要綱の施行の際現に香芝市重度心身障害老人等医療費助成要綱（昭和58年2月1日施行）の規定により一部負担金等の助成若しくは助成金の支給の申請をし、又はこれらの決定を受けている者は、この要綱の規定により一部負担金等の助成若しくは助成金の支給の申請をし、又はこれらの決定を受けている者とみなす。

第1号様式（第5条関係）

重度心身障害老人等医療費助成申請書

年　月　日

香芝市長

香芝市重度心身障害老人等医療費助成要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	後期高齢者医療被保険者番号		住所	
	後期高齢者医療保険者番号		氏名	
	生年月日		電話番号	
	個人番号			
配偶者	氏名	個人番号		
扶養義務者	氏名	個人番号		
申請事由	心身障害者の方	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（　級）を所有している。 <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。		
	ひとり親家庭等の方	<input type="checkbox"/> 配偶者のない女子又は男子で18歳未満の児童を扶養している。 <input type="checkbox"/> 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のない女子又は男子、婚姻をしたことのない女子又は男子である。		
	養育している児童	住所 氏名	□申請者と同じ 生年月日	
	養育している児童が2名以上いる場合は、最年少の者を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 次の全ての事項に同意します。 1 香芝市が申請者の世帯の所得状況について関係公簿等を調査することに同意します。 2 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に同意します。 3 その他事務上、市長が必要と認めること。				

振込先	金融機関名	銀 農 協 信用金庫	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座 その他（　）	口座番号	：：：：：
	フリガナ			
	名義			

(委任状)

私は、
重度心身障害老人等医療費助成金の受領に関すること。

申請者の住所、氏名(署名又は記名押印)

代理人の住所、氏名(署名又は記名押印)

第2号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長

印

重度心身障害老人等医療費助成申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった重度心身障害老人等医療費の助成の申請については、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3号様式（第7条関係）

重度心身障害老人等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

香芝市重度心身障害老人等医療費助成要綱第7条第1項の規定により、年　月分の助成金
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								
<input type="checkbox"/> 登録している口座に振り込んでください。												
振込先	支払機関名			預金種別	口座番号							
	銀行 農協 信金	支店		普通・当座・その他()								
		店番	フリガナ									
		口座名義人										
入院	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等名称 氏名											
	日数及び期間					総点数	自己負担支払額					
	年　月　日～	年　月　日	点						円			
医療等の状況	1	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等名称 氏名										
		日数					総点数	自己負担支払額				
		日	点						円			
	2	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等名称 氏名										
		日数					総点数	自己負担支払額				
		日	点						円			
	3	次のとおり診療し、自己負担支払額を徴収しました。 所在地 医療機関等名称 氏名										
		日数					総点数	自己負担支払額				
		日	点						円			

第4号様式（第14条関係）

住 所 ・ 氏 名 変 更 届

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

住所又は氏名を変更しましたので、次のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号	
受 給 者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
旧 住 所	
新 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
旧 氏 名	
新 氏 名	
個 人 番 号	

第5号様式（第14条関係）

所得状況変更届

年　月　日

香芝市長

住　　所

氏　　名

電話番号

所得状況に変更を生じましたので、次のとおり届け出ます。

申請者受給資格証 受給者番号				
1	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号	
2	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄	
	氏名		個人番号	
3	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との続柄	
	氏名		個人番号	

備考　所得状況に変更が生じた方の情報を記載してください。

第6号様式（第14条関係）

資格喪失届

年　月　日

香芝市長

住　所

氏　名

電話番号

次のとおり受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受給資格証 受給者番号		
受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	個人番号	
資格喪失の理由		
資格喪失理由 発生年月日		