

○石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則

昭和48年4月1日

規則第3号

(趣旨)

第1条 この規則は、石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例(昭和48年石井町条例第5号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(条例第2条第3項の規則で定める法令等)

第2条 条例第2条第3項の規則で定める法令は、次のとおりとする。

- (1) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (2) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
- (3) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)

2 条例第3条第1項に規定する規則で定める額は、条例第2条第1項第3号に定める要件を具備する母子家庭の児童、父子家庭の児童又は父母のない児童が通院治療を受けた時に限り、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(訪問看護診療明細書を含む。)又は医療保険各法に定める療養費支給申請書ごとに、1,000円とする。なお、医療に関する給付に要する費用のうち、医療保険各法の規定により、助成者が負担することになる費用が1,000円に満たないときは、当該金額とする。

3 条例第3条第3項第1号に規定する規則で定める額は、同号に規定する扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表に定めるとおりとする。

区分	扶養親族等の数	金額
条例別表第1第1号、第2号の(1)に定める要件を具備する者	0人	1,695,000円
	1人以上	1,695,000円に当該扶養親族等1人に つき380,000円を加算した額(当該扶養親 族等が所得税法(昭和40年法律第33号)に規 定する同一生計配偶者(70歳以上の者に限る。 以下同じ。)又は老人扶養親族であるときは、当

		該同一生計配偶者又は老人扶養親族 1 人につき 480,000 円とし、当該扶養親族等が特定 扶養親族等(同法に規定する特定扶養親族又は 控除対象扶養親族(19歳未満の者に限る)をい う。)であるときは、当該特定扶養親族等 1 人につき 630,000 円とする。)
条例別表第 1 第 2 号の(2)に定める要件を具備する者及び別表第 2 に定める要件を具備する者	0人	1,695,000 円

4 条例第 3 条第 3 項第 2 号に規定する規則で定める額は、同号に規定する扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表に定めるとおりとする。

区分	扶養親族等の数	金額
条例別表第 1 第 1 号、第 2 号の(1)に定める要件を具備する者	0人	6,387,000 円
	1人	6,636,000 円
	2人以上	6,636,000 円に扶養親族等のうち 1 人を除いた扶養親族等 1 人につき 213,000 円を加算した額(所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、当該老人扶養親族 1 人につき(当該老人扶養親族のほかに扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち 1 人を除いた老人扶養親族 1 人につき) 60,000 円を加算した額

条例別表第1第2号の(2)に定める要件を具備する者及び別表第2に定める要件を具備する者	0人	6, 316, 000円
	1人	6, 565, 000円
	2人以上	6, 565, 000円に扶養親族等のうち1人を除いた扶養親族等1人につき213, 000円を加算した額(所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、当該老人扶養親族1人につき(当該老人扶養親族のほかに扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき)60, 000円を加算した額

5 条例第3条第6項に規定する所得の範囲及びその額の算定方法は、国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第32条第11項の規定によりなおその効力を有するものとされた旧国民年金法施行令(昭和34年政令第184号。以下「施行令」という。)第6条、第6条の2及び第6条の3の規定を準用する。

(受給者証等の交付申請)

第3条 医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ、条例第2条第1項第1号又は第2号に規定する重度心身障がい者(以下「重度心身障がい者」という。)にあっては、重度心身障がい者等医療費受給者認定申請書(様式第1号)を、同項第3号に規定するひとり親家庭の父母等(以下「ひとり親家庭の父母等」という。)にあっては、ひとり親家庭等医療費受給者認定申請書(様式第1号の2)を石井町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には別表第1又は別表第2に掲げる書類を提示し、若しくは添付しなければならない。

(65歳の者に係る受給者証の交付申請)

第3条の2 受給者証等の交付を受けている64歳の者が満65歳に達する日以降も引き続き医療費の助成を受けようとするときは、満65歳に達する日の14日前までに、重度心身障がい者等医療費受給者認定申請書(様式第1号)に別表第1又は別表第2に掲げる書類を添えて、これを石井町長に提出しなければならない。この場合において、石井町長は、加入医療保険に関するものを除き、申請書の記載又は書

類の提示若しくは添付を省略させることができるものとする。

(受給者証等の更新申請等)

第4条 重度心身障がい者等医療費受給者証(様式第2号)、重度心身障がい者等医療費受給者証(後用)(様式第2号の2)又はひとり親家庭等医療費受給者証(様式第2号の3)(以下「受給者証」という。)の交付を受けている者及び重度心身障がい者等医療費受給者認定書(様式第2号の4)(以下「認定書」という。)の交付を受けている者(以下「受給者」という。)は重度心身障がい者にあっては、毎年7月1日から同月31日までの間に、重度心身障がい者等医療費受給者認定更新申請書(様式第1号)を、ひとり親家庭の父母等にあっては、毎年8月1日から同月31日までの間に、ひとり親家庭等医療費受給者認定更新申請書(様式第1号の2)に別表第1又は別表第2に掲げる書類を添え、これを町長に提出して受給者証又は認定書(以下「受給者証等」という。)の更新を申請しなければならない。

2 受給者は、受給者証等の有効期間が満了したときは、当該受給者証等を直ちに、町長に返還しなければならない。

(受給者証等の交付)

第5条 町長は、第3条、第3条の2又は前条に規定する申請書に基づいて医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、重度心身障がい者にあっては、重度心身障がい者等医療費受給者証等交付(更新・再交付)通知書(様式第3号)により、ひとり親家庭の父母等にあっては、ひとり親家庭等医療費受給者証交付(更新・再交付)通知書(様式第3号の2)により、受給者証等を申請者に交付しなければならない。ただし、条例第2条第1項第2号に定める要件を具備する重度心身障がい者(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「高齢者医療確保法」という。)第50条に該当する者を除く。)が医療費の助成を受けることができる者であることを確認したときは、認定書を申請者に交付するものとする。

2 町長は、医療費の助成を受ける資格を有しないと認めたときは重度心身障がい者等医療費受給者認定申請却下通知書(様式第4号)により、申請者に通知しなければならない。

(受給者証等の再交付)

第6条 受給者は、受給者証等を破り、汚し、又は失った場合には、重度心身障がい

者等医療費受給者証(認定書)再交付申請書(様式第5号)によりその再交付を申請することができる。

- 2 受給者証等を破り、又は汚した場合の申請には、前項の申請書に、その受給者証等を添付しなければならない。
- 3 受給者は、受給者証等の再交付を受けた後、失った受給者証等を発見したときは、直ちにこれを町長に返還しなければならない。

(届出)

第7条 受給者は、居住地、氏名その他の規則で定める事項について変更があったとき又は医療費の助成を受ける資格を失ったときは、14日以内に重度心身障がい者等医療費助成に関する資格内容変更届(様式第6号)により届け出なければならない。

- 2 前項により届出を要する事項とは、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 助成対象者の居住地・氏名
- (2) 被保険者名
- (3) 保険者名
- (4) 社会保険の種類
- (5) 附加給付
- (6) 資格喪失
- (7) 所得状況の変動

- 3 前項各号に規定する届書には、受給者証等を添えなければならない。ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにできる申立書をもって、これにかえることができる。

(医療費助成の手続)

第8条 条例第3条第1項の規定による医療費の助成を受けようとする者は、重度心身障がい者等医療費助成申請書(様式第7号)を町長に提出しなければならない。

- 2 条例第2条第1項第2号に定める要件を具備する重度心身障がい者が、医療費の助成を受けようとするときは、重度心身障がい者医療費助成申請書(様式第7号の3)を石井町に提出しなければならない。
- 3 前2項の申請書には、当該医療について条例第3条第1項に規定する医療に関する給付が行われることを証する書類及び医療に要した費用に関する証拠書類その他町長が必要と認めた書類を添付しなければならない。ただし、前項の申請書において

て、町長が必要と認めた事実が証明できる場合は、当該書類を省略することができる。

4 石井町は、前3項の規定により医療費助成について申請書又は請求書の提出があったときは、速やかに助成するかどうか及び助成対象額を決定し、助成することを決定したときは、受給者に対し、決定した額を支払わなければならない。

(支払の特例)

第9条 受給者証の交付を受けた受給者は、次の各号のいずれかに該当する療養を受けた場合を除いて、条例第3条第4項の規定による支払方法をとることができる。

- (1) 徳島県の区域外の医療機関において療養を受けた場合
- (2) 医療保険各法の規定による療養費の対象となる療養を受けた場合
- (3) 高齢者医療確保法の規定による療養費の対象となる療養を受けた場合
- (4) 前3号に掲げるもののほか、町長が特に必要と認めた場合

(支払特例の手続)

第10条 受給者証の交付を受けた受給者のうち、条例第3条第4項の規定により医療を受けようとする者は、次条に規定する保険医療機関等に被保険者証又は組合員証及び受給者証を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って被保険者証若しくは組合員証又は受給者証を提出することができない者であって、受給者であることが明らかなものについては、この限りでない。

(保険医療機関等)

第11条 条例第3条第4項に規定する規則で定める保険医療機関等は、次に掲げるものとする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局
- (2) 健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業所

(受給者の確認)

第12条 保険医療機関等は、受給者から診療を求められたときは、その者の提出する受給者証等によって受給者であることを確かめるものとする。

(第三者の行為による被害の届出)

第13条 医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所

又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)並びに被害の状況を、重度心身障がい者等医療費助成事由(被害)届(様式第9号)により、直ちに町長に届け出なければならない。

(口頭による申請等)

第14条 町長は、第3条、第4条、第6条及び第8条の申請書、請求書又は第7条の届書(以下「申請書等」という。)を作成することができない特別の事情があると認めたときは、申請者、請求者又は届出人の口頭による陳述を当該職員に聴取させた上で、必要な措置をとることによって、当該申請書等の受理にかえることができる。

2 前項の陳述を聴取した当該職員は、陳述事項に基づいて所定の申請書等の様式に従って書類を作成し、これを陳述者に読み聞かせた上で、陳述者とともに記名しなければならない。

(添付書類の省略等)

第15条 町長は、この規則の規定により申請書等に添えて提出する書類で、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、当該書類を省略することができる。

2 町長は、災害その他特別の事情がある場合において、特に必要があると認めたときは、この規則の規定により申請書等に添えなければならない書類を省略し、又はこれにかわるべき他の書類を添えて提出させることができる。

(医療費に関する処分の通知)

第16条 町長は、医療費の助成に関する処分をしたときは、文書をもって、その内容を申請者、請求者又は届出人に通知するものとし、医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

#### 附 則

この規則は、昭和48年4月1日から施行する。

附 則(昭和48年11月24日規則第14号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和48年10月1日から適用する。

附 則(昭和49年7月10日規則第7号)

1 この規則は、昭和49年7月1日から施行する。

2 昭和49年6月以前に受けた医療に係る老人医療費の支給の制限については、な

お従前の例による。

3 この規則による改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する規則の様式に相当する改正前の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(昭和51年7月30日規則第9号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、昭和51年7月1日から適用する。
- 2 昭和51年6月以前に受けた医療に係る老人医療費の支給の制限については、なお従前の例による。

附 則(昭和53年3月28日規則第2号)

この規則は、昭和53年4月1日から施行する。

附 則(昭和53年7月31日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和53年7月1日から適用する。

附 則(昭和54年12月27日規則第7号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和54年7月1日から適用する。

附 則(昭和55年1月23日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和54年10月1日から適用する。

附 則(昭和55年7月1日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和55年7月1日から適用する。

附 則(昭和56年7月1日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和56年7月1日から適用する。

附 則(昭和57年7月10日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和57年7月1日から適用する。

附 則(昭和58年7月25日規則第11号)

- 1 この規則は、昭和58年4月1日から施行する。
- 2 この規則による様式に相当する改正前の石井町ねたきり老人等に対する医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式の名称変更に係るものについては、昭和58年7月1日から施行するものとする。

附 則(昭和59年8月21日規則第10号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、昭和59年7月1日から適用する。ただし、第2条第1項の規定については、昭和59年4月1日から適用する。

附 則(昭和59年10月1日規則第11号)

この規則は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則(昭和61年7月1日規則第7号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則は、昭和61年7月1日から適用する。

附 則(平成元年7月1日規則第11号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項の規定は、平成元年7月1日から適用する。

附 則(平成2年7月1日規則第2号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成3年7月1日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成4年7月1日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成5年7月1日規則第7号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成6年6月30日規則第12号)

この規則は、平成6年7月1日から施行する。

附 則(平成6年9月30日規則第18号)

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成7年3月17日規則第2号)

この規則は、平成7年4月1日から施行する。ただし、様式第2号から様式第2号の3の規定については、平成7年7月1日から施行する。

附 則(平成7年8月8日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行し、平成7年7月1日から適用する。

附 則(平成7年9月29日規則第12号)

この規則は、平成7年10月1日から施行する。

附 則(平成8年9月24日規則第8号)

- 1 この規則は、平成8年9月24日から施行する。
- 2 改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第2条第2項及び第3項の規定は、平成8年7月1日から適用する。

附 則(平成9年9月24日規則第17号)

- 1 この規則は、平成9年9月1日から施行する。ただし、第2条第3項の改正規定及び様式第2号、様式第2号の3、様式第8号、様式第8号の2の改正規定は、平成9年7月1日から適用する。
- 2 改正後の「石井町重度心身障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則」の様式第2号、様式第2号の3、様式第7号の3、様式第7号の4、様式第8号、様式第8号の2、様式第8号の3、様式第9号及びその他様式に相当する改正前の「石井町重度心身障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則」の様式第2号、様式第2号の3、様式第7号の3、様式第7号の4、様式第8号、様式第8号の2、様式第8号の3、様式第9号及びその他様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成10年9月1日規則第14号)

この規則は、公布の日から施行し、平成10年7月1日から適用する。

附 則(平成11年3月23日規則第3号)

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則(平成11年9月1日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、平成11年8月1日から適用する。

附 則(平成12年8月1日規則第14号)

この規則は、公布の日から施行し、平成12年8月1日から適用する。ただし、様式第7号の4については、当分の間使用することができるものとする。

附 則(平成14年9月30日規則第15号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則(平成16年4月28日規則第12号)

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則(平成16年11月10日規則第21号)

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則(平成18年9月20日規則第21号)

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する規則の様式に相当する改正前の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する規則に定める様式による様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成20年1月30日規則第2号)

- 1 この規則は、平成20年2月1日から施行する。
- 2 改正後の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則様式第2号及び様式第2号の3に相当する改正前の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則様式第2号及び様式第2号の3による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成20年2月25日規則第3号)

- 1 この規則は、平成20年3月1日から施行する。
- 2 平成20年2月1日前に行われた重度心身障害者等に対する医療に係る費用の助成の請求については、なお従前の例によることができる。

附 則(平成20年3月25日規則第6号)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際改正前の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「改正前の規則」という。)第5条の規定により交付を受けている75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者(高齢者医療確保法第50条第2号の政令に定める程度の状態にある者に限る。)の受給者証等については、平成20年3月31日限り、その効力を失うものとする。ただし、同日以前の医療費について、石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例(平成19年石井町条例第17号)による改正前の石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例第3条の助成を受ける場合は、この限りでない。
- 3 石井町長は、この規則の施行の日において、前項に規定する者が高齢者医療確保法第50条に該当することを確認したときは、受給者証を交付するものとする。こ

の場合においては、第3条の規定による申請を要しない。

- 4 第2項に規定する者(前項の規定の適用を受ける者を除く。)がその者の有する受給者証等の有効期間において第3条の規定による申請を行う場合には、同条の規定にかかわらず、石井町長は、加入医療保険に関するものを除き、申請書の記載の一部を省略し、又は書類の提示若しくは添付を省略させができるものとする。
- 5 この規則の施行日前に行われた重度心身障害者等に対する医療に係る医療費助成の手続については、なお従前の例による。

附 則(平成22年4月1日規則第3号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成22年9月21日規則第9号)

- 1 この規則は、平成22年10月1日から施行する。
- 2 改正後の「石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則」の様式第1号の2、様式第2号の3、様式第2号の5、様式第7号の3、様式第7号の4、様式第12号、様式第13号、様式第14号及び様式第15号に相当する改正前の「石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則」の様式第1号の2、様式第2号の3、様式第2号の5、様式第7号の3、様式第7号の4、様式第12号、様式第13号、様式第14号及び様式第15号による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成24年8月1日規則第19号)

この規則は、平成24年8月1日から施行する。

附 則(平成25年4月1日規則第23号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成28年6月16日規則第15号)

- 1 この規則は、平成28年8月1日から施行する。ただし、改正後の第2条第2項の規定は、同年10月1日から施行する。
- 2 改正後の「石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例規施行規則」の様式第1号の2、様式第2号の3、様式第2号の5、様式第3号の2、様式第7号の4及び様式第7号の5に相当する改正前の「石井町重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則」の様式第1号の2、様式第2号の3、様式第2号の5、様式第3号、様式第7号の3及び様式第7号の4による用紙は、当

分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則(平成31年3月25日規則第7号)

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

附 則(令和元年6月21日規則第3号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(適用区分)

2 改正後の石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則  
第2条第3項の規定は、令和元年8月1日以降に受けた医療費の助成について適用  
し、同年8月1日前に受けた医療費の助成については、なお従前の例による。

(経過措置)

3 改正後の石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則  
様式第1号から様式第2号の2まで、様式第2号の4、様式第3号、様式第4号か  
ら様式第7号の3まで、様式第9号から様式第12号まで及び参考による用紙は、  
当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

(石井町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  
に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則の一部改  
正)

4 石井町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  
に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則(平成28  
年石井町規則第17号)の一部を次のように改正する。

[次のように] 略

附 則(令和2年11月1日規則第19号)

(施行期日)

1 この規則は、令和2年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日前に行われた重度心身障がい者等に対する医療に係る費用の  
支払の請求については、なお従前の例による。

附 則(令和3年8月1日規則第9号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(適用区分)

2 改正後の石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則

第2条第3項及び第4項の規定は、令和3年8月1日以降に受けた医療費の助成について適用し、同年8月1日前に受けた医療費の助成については、なお従前の例による。

(経過措置)

3 改正後の石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則

様式第1号、様式第1号の2、様式第5号から様式第7号まで、様式第7号の3、様式第9号から様式第15号まで及び参考による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

#### 附 則(令和4年3月28日規則第4号)

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

別表第1(第3条関係)

	重度心身障がい者等医療対象者	提示書類	添付書類
条例 第2 条第 1項 第1 号に 該当 する 者	知的障がい者	医療保険証 療育手帳	1 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号) 2 その他市町村が必要と認める書類
	身体障害者手帳1級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 その他市町村が必要と認める書類
	身体障害者手帳2級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 医師の証明及び民生委員の意見書(身障2級用)(様式第11号) 2 その他市町村長が必要と認める書類
条例 第2	身体障害者手帳2級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	1 その他市町村が必要と認める書類

条第 1 項 第 2 号に 該当 する 者	重複障がい者	医療保険証 身体障害者手帳 療育手帳	1 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号) 2 その他市町村が必要と認める書類
---	--------	--------------------------	---

別表第2(第3条関係)

重度心身障がい者等医療対象者	提示書類	添付書類
条例 第 2 条 第 1 項 に 該 当 す る	① 配偶者と死別又は離婚	医療保険証 1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 戸籍謄本(他町村に本籍のある場合)
号 に 該 当 す る	② 配偶者の生死が不明	// 1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 警察署その他官公署等の証明書(様式第13号)
3 号 に 該 当 す る	③ 配偶者から遺棄されている	// 1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 福祉事務所・民生委員等の証明書(様式第14号)
ひと り 親 家	④ 配偶者が海外にあるため、扶養を受けられない	// 1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 官公署又は民生委員の証明書(様式第15号)
	⑤ 配偶者が精神・身体の障害により、長期にわたり労働能力を失っている	// 1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 医師の診断書(様式第10号)
	⑥ 配偶者が法令により長期に	// 1 所得制限対象者課税調査書

庭 の 父	わたり拘禁		(様式第12号) 2 刑務所その他官公署等の証明書(様式第10号)
母	⑦ 婚姻によらないで父又は母となつた	//	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 戸籍謄本(他町村に本籍のある場合)
	条例第2条第1項第3号に該当する父母のない児童	//	1 所得制限対象者課税調査書(様式第12号) 2 上記①から⑦に準じ、その事実を明らかにする書類

※ 共通的添付書類……その他市町村長が特に必要と認める書類

## 様式第1号(第3条関係)

重

## 重度心身障がい者医療費受給者認定(更新)申請書

	ふりがな	個人番号		手帳交付年月日			
	氏名			男・女	番号		
	生年月日			居住地 (住所)			
	過去における当該市町村 での受給者証等の番号						
配偶者	氏名	個人番号		住所			
① 扶養義務者	氏名	個人番号		住所			
	受給者との続柄						
所得状況 扶養親族等控除		受給者の所得状況		配偶者の所得状況			
② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人		人			
③ 前年の所得額		円		円			
雑損		円		円			
医療費		円		円			
社会保険料		円		円			
小規模企業共済等掛金		円		円			
配偶者特別		円		円			
④ 控除	障がい者(特別障がい者を除く。) である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	※円	人	※円		
	特別障がい者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	※円	人	※円		
障がい者・特別障がい者・老年者・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の別	障・特障・寡特・勤	※円	障・特障老・勤	※円	障・特障・老・勤・寡特・勤	※円	
地方税法附則第6条第2項(内用牛の売却による農業所得の免除)等に係る所得額		円		円		円	
本年の災害・医療費		円	※円	円	※円	円	※円
※控除後の所得額		円		円		円	
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄		住所			
	⑤ 保険種別	政・組・船・共・国・高		被保険者証の記号番号		附加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名			所在地			
⑥ 受給者認定申請事由	1 重度障がいを有するようになったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入了したため 4 その他 [ ] (交付事由発生年月日 年 月 日)						
※審査							
<p>上記のとおり、重度心身障がい者医療費受給者の認定(更新の認定)を申請いたします。      なお、私及び私の同一世帯員(税法上の扶養義務者含)の住民基本台帳状況及び収入等の状況について、石井町福祉生活課が官公署に調査を委託し、又は関係者に報告を求めるに同意します。      年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">石井町長 殿</p>							

- 附加給付等がある場合は、委任状等の書類を添付してください。
- ※欄は、記入しないでください。
- 字は、楷書ではつきり書いてください。

注 意(様式第1号の裏面)

この用紙は、重度心身障がい者等医療費受給者の認定申請書又は重度心身障がい者等医療費受給者認定更新申請書を提出する際に使用して下さい。

受給者の認定申請をする場合には、標題の”更新”の字を抹消して提出して下さい。また、受給者の認定更新申請をする場合には、加入医療保険の欄及び受給者認定申請事由の欄は記入しないで提出して下さい。

- ①の欄 あなたの子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主としてあなたの生計を維持している人について書いて下さい。
- ②の欄 所得税法に定める同一生計配偶者及び扶養親族の合計数を書いて下さい。  
なお、所得税法に定める老人扶養親族があるときはその人の数を( )内に再掲して下さい。
- ③の欄 前年の所得のうち、地方税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、長期・短期譲渡所得金額及び所在地等におおきな所得の額がないときは「なし」と書いて下さい。
- ④の欄
  - 1 「雑損」、「医療費」、「社会保険料」、「小規模企業共済料金」及び「配偶者特別」の欄には、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、社会保険料控除又は小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除を受けたときに、それぞれの控除額を書いて下さい。
  - 2 「障がい者(特別障がい者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数」の欄には、②の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障がい者以外の障がい者である人の数を書いて下さい。
  - 3 「特別障がい者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数」の欄には、②の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障がい者である人の数を書いて下さい。
  - 4 「障がい者・障がい・老年者・寡夫(婦)・寡婦の特例・勤労学生の特例」の欄には、あなたや扶養義務者等が地方税法に定める特別障がい者以外の障がい者若しくは特別障がい者、老年者(受給者については不要)、寡夫(婦)・寡婦の特例又は勤労学生であるときに、該当するものを○でかこんで下さい。
  - 5 「地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)等に係る所得額」の欄には、地方税法附則第6条第2項(肉用牛の売却による農業所得の免除)又は租税特別措置法の一部を改正する法律(平成7年法律第55号)附則第12条の免除(開墾地等の農業所得の免除)若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条(土地改良事業施行地の後作所得の免除)の免除を受けているときに、その免除に係る所得額を書いて下さい。
  - 6 「本年の災害・医療費」の欄には、その損失の金額又はあなたの医療費の額を書いて下さい。
- ⑤の欄 該当する保険種別を○でかこんで下さい。「政」は政府管掌等健康保険、「組」は組合管掌等健康保険、「船」は船員保険、「共」は国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校職員共済組合、「国」は国民健康保険、「高」は後期高齢者医療の略です。
- ⑥の欄 該当するものに○をつけて下さい。3まで該当するものが無い場合には、4に○をつけて( )内に受給者認定申請事由を書いて下さい。

**添付書類**

この申請書には、次の書類を提示し、あるいは添えて出して下さい。

重度心身障がい者等医療費受給者	提示書類	添付書類
知的障がい者	医療保険証 療育手帳	○ 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)
身体障害者手帳1級所持者	医療保険証 身体障害者手帳	
身体障害者手帳2級所持者 (3か月以上要介護のもの)	医療保険証 身体障害者手帳	○ 医師の証明及び民生委員の意見書(身障2級用)(様式第11号)
身体障害者手帳2級所持者 (3か月以上の介護不要のもの)	医療保険証 身体障害者手帳	
重複障がい者	医療保険証 身体障害者手帳 療育手帳	○ 療育手帳を所持していない者は、児童相談所長等の意見書(様式第10号)

**上記の他**

- 1 ④欄に記載すべき事実があるときは、その事実を明らかにできる書類
- 2 本年において、災害により生じた損失があった場合又は重度心身障がい者等に係る医療費を支払った場合は、市町村長の被災についての証明又は医療機関等の医療費等に関する証明
- 3 他市町村から転入した場合は、前年の所得の額並びに同一生計配偶者及び扶養親族の数についての当該市町村長の証明書

## 様式第1号の2(第3条関係)

## (ひ) ひとり親家庭等医療費受給者認定(更新)申請書

I 家族構成員 (全員)	① 氏名	個人番号	父母等 続柄	生年月日	職業	今年(1~10月の新規申 請は前年)の 1月1日時点の住所
		②A受給者 B扶養義務者	同居・ 別居の別		③年収	
	男女	本人 A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
	男女	A・B	年月日	円		
II 受給者 医療保険 加入	被保険者氏名		受給者と の続柄		住所	
	④保険種別	政・組・船・共・ 国・後	被保険者証 の記号番号			有・無
	被保険者証発行機 関名		所在地			
III⑤ 受給者認定申請事由		1死別 2離婚 3生死不明 4遺棄 5海外にいる 6精神又は身体の障がい 7拘禁 8未婚の父又は母 9父母のない児童				
IV 申請事由が1.2.8.9 のときは戸籍確認者印		※		住民基本台帳 確認者印	※	
V所 得	父母等 ⑥扶養義務者	※該当 ⑥扶養義務者	・非該当	課税台帳確認者印	※	
VI※審査		1認定	2却下(理由)	)		
以下の事項に同意した上で、ひとり親家庭等医療費受給者の認定を申請いたします。						
(1)石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下規則)第3条第1項、規則第4条第1項、規則第8条 第1項に基づく事務手続きを処理するために限り、担当職員が税務関係当局に対して、所得課税状況の報告を求めるこ。						
(2)ひとり親家庭等医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、石井町が 申請者及びその児童、扶養義務者の個人番号を法令の規定に基づいて取得・確認すること。						
年 月 日						
住所						
申請者						
氏名						
石井町長 殿						

 附加給付等がある場合は、委任状等の書類を添付してください。 ※印の欄は記入しないでください。 字は楷書ではっきり書いてください。

## 注 意（様式第1号の2裏面）

標題 受給者の認定申請をする場合には、標題の“更新”の字句を抹消してください。また、受給者の認定更新申請をする場合には、標題の“交付”の字句を抹消して提出してください。

### I

- ①の欄 同居別居にかかわらず家族全員の氏名を記入してください。
- ②の欄 受給者に該当する方はAに、受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持している方がいるときにはBに、○印を記入してください。
- ③の欄 各人の年収を記入してください。（各種年金等を含む。）

### II

- ④の欄 該当する保険種別を○でかこんでください。「政」は、政府管掌健康保険、「組」は、組合管掌健康保険、「船」は、船員保険、「共」は、国家公務員等共済組合、地方公務員等共済組合及び私立学校教職員共済組合、「国」は、国民健康保険、「後」は、後期高齢者医療の略です。

### III

- ⑤の欄 該当する申請事由の番号を○でかこんで下さい。

## 添付書類

この申請書には、次の書類を添えて提出して下さい。

### 1 申請事由に関する書類

- (1) 配偶者と死別又は離婚した方は、戸籍謄本。ただし、石井町に本籍のある方を除きます。
- (2) 配偶者の生死が明らかでない方は、警察署その他の官公署又は関係会社等の証明書。
- (3) 配偶者から遺棄されている方は、福祉事務所又は、民生児童委員等の証明書。
- (4) 配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができない方は、官公署又は、民生児童委員の証明書。
- (5) 配偶者が精神又は身体の障がいにより、長期にわたって労働能力を失っている方にあっては、医師の診断書。
- (6) 配偶者が法令の規定により、長期にわたって拘禁されている方は、刑務所又は拘置所その他官公署等の証明書。
- (7) 婚姻によらないで父又は母となった方は、戸籍謄本。ただし、石井町に本籍のある方を除きます。
- (8) 父母のいない児童は、父及び母について（1）から（7）に掲げる書類に準ずる書類。

### 2 所得に関する書類

- (1) 申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた方は、前年（1月から10月までの間に申請するときは、前々年。以下同じ。）の所得を証明することができる書類又は児童扶養手当受給者証の写し。
- (2) 受給者の扶養義務者で、主として受給者の生計を維持する方が、申請の年の1月1日に他の市町村に住所を有していた場合は、その方の前年の所得を証明することができる書類。

## 様式第2号(第4条関係)

<p><b>医療機関の方へ</b></p> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市町村より助成される対象者です。</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担額)以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会又は支払基金へ請求手続を行ってください。</p>	<p><b>受給者のみなさんへ</b></p> <p>1 この証は、徳島県内で入院する場合に、保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費分又は入院時生活療養費分を除く。)を支払わないで受診す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入院する場合は、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。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関等で入院する場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済證明書(又は領収書)を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市町村長に返してください。</p> <p>5 氏名、居住地等に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出してください。</p> <p>6 この証を破ったり、汚したり、又は失つたりしたときは再交付を受けてください。</p> <p>7 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から、速やかに市町村長に返してください。</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懲役の処分を受けます。</p>	<p><b>⑩ 重心心身障がい者等医療費受給者証</b></p> <p>公費負担者番号 4 6 3 6       </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">記号</td> <td style="width: 20%;">⑩徳一</td> <td style="width: 10%;">番号</td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">受給者</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">居住地</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">氏名</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">男・女</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">生年月日</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">有効期間</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">発行機関名及び印</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">徳島県</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">交付年月日</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	記号	⑩徳一	番号		受給者	居住地						氏名				男・女			生年月日	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	徳島県						交付年月日	年 月 日					
記号	⑩徳一	番号																																														
受給者	居住地																																															
氏名																																																
	男・女																																															
生年月日	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	徳島県																																															
交付年月日	年 月 日																																															

## 様式第2号の2(第4条関係)

<p><b>医療機関の方へ</b></p> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分を市町村より助成される対象者です。</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金(標準負担額)以外の自己負担分は国保連合会へ請求手続きを行ってください。</p>	<p><b>受給者のみなさんへ</b></p> <p>1 この証は、徳島県内の保険医療機関等で保険医療の自己負担分(入院時食事療養費又は入院時生活療養費分を除く。)を支払わないで受診することができる証ですから大切に保持して下さい。</p> <p>2 保険医療機関等においても診療を受ける場合は、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関で診療を受ける場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書(又は領収書)を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返還してください。</p> <p>5 氏名、居住地等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>6 この証を破ったり、汚したり又は失つたりしたときは再交付を受けてください。</p> <p>7 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から、速やかに市町村長に返してください。</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懲役の処分を受けます。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 2px;">⑩—後</td> <td style="width: 90%; padding: 2px; text-align: center;">重度心身障がい者等医療費受給者証 (後期高齢者医療被保険者用)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">公費負担者番号 4 : 6 3 : 6 :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">記 号 ⑩ 德 一</td> <td style="padding: 2px;">番 号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">受 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">給 者 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 平成</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">有 效 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">発行機関名及 び 印 徳島県</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">交付年月日 年 月 日</td> </tr> </table>	⑩—後	重度心身障がい者等医療費受給者証 (後期高齢者医療被保険者用)	公費負担者番号 4 : 6 3 : 6 :		記 号 ⑩ 德 一	番 号	受 氏 名		給 者 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 平成		有 效 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで		発行機関名及 び 印 徳島県		交付年月日 年 月 日	
⑩—後	重度心身障がい者等医療費受給者証 (後期高齢者医療被保険者用)																	
公費負担者番号 4 : 6 3 : 6 :																		
記 号 ⑩ 德 一	番 号																	
受 氏 名																		
給 者 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 平成																		
有 效 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで																		
発行機関名及 び 印 徳島県																		
交付年月日 年 月 日																		

## 様式第2号の3(黄色)(第4条関係)

<p style="text-align: center;"><b>医療機関の方へ</b></p> <p>1 この証を持参している者は、医療保険の自己負担分のうち（ただし、父母は入院治療のみ）、次の一部自己負担金を除いて、市町村より助成される対象者です。 通院（児童のみ対象） → 1ヶ月、1レセプトあたり 1,000 円 入院 → 一部自己負担金なし</p> <p>2 この証を持参している者に医療保険の自己負担分が発生した際には、入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担金（標準負担額）と上記の一部自己負担金以外の自己負担分は従来と同様に国保連合会又は支払基金へ請求手続を行ってください。</p>	<p style="text-align: center;"><b>受給者のみなさんへ</b></p> <p>1 この証は、徳島県内の保険医療機関等（ただし、父母は入院治療のみ）で、保険医療の自己負担分（入院時食事療養費又は入院時生活療養費分を除く。）のうち、次の一部自己負担金を支払うことで受診することができる証ですから大切に保持してください。 通院（児童のみ対象） → 1ヶ月、1 医療機関（1科）あたり 1,000 円 入院 → 一部自己負担金なし</p> <p>2 保険医療機関等で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。</p> <p>3 徳島県外の保険医療機関等で診療を受ける場合は、自己負担分を支払い、療養費支給済証明書（又は領収書）を発行してもらい、市町村長に申請してください。</p> <p>4 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。</p> <p>5 氏名、居住地等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>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。</p> <p>7 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から、速やかに市町村長に返してください。</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懲役の処分を受けます。</p>	<p style="text-align: center;"><b>ひとり親家庭等医療費受給者証</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">公費負担者番号 4:9 3:6</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">記号</td> <td style="width: 85%;">①連一 番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">受給者 居住地 氏名 父母等 生年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">受給対象者 氏名</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 15%;">受給者と の続柄</td> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td style="width: 15%;">有効期間</td> </tr> <tr> <td>男・女</td> <td>本人</td> <td></td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>男・女</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>男・女</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">発行機関名及 び印</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">交付年月日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> </table>	公費負担者番号 4:9 3:6		記号	①連一 番号	受給者 居住地 氏名 父母等 生年月日		年 月 日		受給対象者 氏名	性別	受給者と の続柄	生年月日	有効期間	男・女	本人			年 月 日から 年 月 日まで	男・女		年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで	男・女		年 月 日		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		
公費負担者番号 4:9 3:6																																								
記号	①連一 番号																																							
受給者 居住地 氏名 父母等 生年月日																																								
年 月 日																																								
受給対象者 氏名	性別	受給者と の続柄	生年月日	有効期間																																				
男・女	本人			年 月 日から 年 月 日まで																																				
男・女		年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで																																				
男・女		年 月 日		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																																						

様式第2号の4(第4条関係)

④重

重度心身障がい者等医療費受給者認定書

あなたは、 年 月 1日から 年 7月 31日まで、重度心身障がい者医療費助成事業の受給対象者であることを認定する。

年 月 日

町長 印

受給者番号	号	
住所		
氏名		
生年月日	年 月 日	男・女
被保険者氏名	受給者との 続柄	

【注意事項】 (様式第2号の4裏面)

- 1 この認定書は、上記の有効期限内に医療費(保険医療の自己負担分(入院時食事療養費又は入院時生活療養費の自己負担額を除く。以下同じ。))の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。
- 2 受給対象者が保険医療機関等で支払った自己負担分は、後に市町村で払戻しますので、医療費支給申請書を医療機関等の窓口に提出し、受領証明をしてもらってください。
- 3 上記払戻しを請求するときは、医療機関等の受領証明を受けた医療費支給申請書に、この認定書を添えて、市町村窓口へ提出してください。
- 4 次の事項に変更があったときは、14日以内にこの認定書を添えて、市町村長にその旨を届けてください。
  - ① 住所が変わったとき。
  - ② 氏名が変わったとき。
  - ③ 加入保険に変更があったとき。
- 5 この認定書を破損したり、無くしたりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 有効期限を経過したときは、この認定書は効力が無くなります。  
引き続き受給者認定を受けられる方は、更新手続を行ってください。

様式第3号(第5条関係)

第 号

重

年 月 日

殿

石井町長

印

重度心身障がい者等医療費受給者証等  
〔交付  
更新  
再交付〕 通知書

年 月 日付けで申請のありました、重度心身障がい者等医療費受給者

〔認定(更新)  
証(認定書)再交付〕 申請については、別添重度心身障がい者等医療費受給者  
〔証  
認定書〕

のとおり交付いたしますので通知します。

様式第3号の2(第5条関係)

第 号

(ひ)

年 月 日

殿

石井町長

印

ひとり親家庭等医療費受給者証  
通知書

〔交付  
更新  
再交付〕

年 月 日付けで申請がありました、ひとり親家庭等医療費受給者  
〔認定(更新)  
証再交付〕

申請については、別添ひとり親家庭等医療費受給者証のとおり交付いたしますので通知します。

様式第4号(第5条関係)

第 号

④

年 月 日

殿

石井町長 印

重度心身障がい者等医療費受給者認定申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあつた重度心身障がい者等医療費受給者認定申請については、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)

様式第5号(第6条関係)

重度心身障がい者等医療費受給者証(認定書)再交付申請書		
受給者証 (認定書)	氏 名	
	生年月日	
	男・女	年月日
住 所	徳島県	
重度心身障がい者等医療費受給者証記号番号 〃 認定受給者番号		号
理由 重度心身障がい者等医療費受給者 <input type="checkbox"/> <small>証</small> <input type="checkbox"/> <small>認定書</small> を <input type="checkbox"/> <small>破損</small> <input type="checkbox"/> <small>汚</small> <input type="checkbox"/> <small>亡失</small> したのでこの再交付を申請いたします。		
年 月 日		
徳島県石井町長殿		
(申請者) 氏名 _____		

注 重度心身障がい者等医療費受給者証(認定書)を破損又は、汚したため、この申請を行いう場合には、破損又は汚した重度心身障がい者等医療費受給者証(認定書)を添付してください。

様式第6号(第7条関係)

<p style="text-align: center;">① 重度心身障がい者等医療費助成に関する資格内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年　月　日</p> <p>石井町長　　殿</p> <p>(届出人) 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>受給者との続柄 _____</p> <p>電 話 _____</p>			
<p>重度心身障がい者等医療費助成について、石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定に基づき届けます。</p>			
届出事項 (該当に○を付する)	届出理由	届出事項発生年月日	
1 資格喪失 2 受給者証等記載事項 3 所得状況の変動		年　月　日	
個人番号			
受給者証等記載事項の変更	区分	新	旧
	受格す 給をる 資有者	氏名	
		住所	
	加入医療保険	被保険者 (組合員)名	
		保険証記号番号	
	保険者名		
	附加給付の 給付状況		

注 1 受給者証等記載事項の変更の場合については、重度心身障がい者等医療費受給者証等を添付してください。

なお、変更のない事項は記入の必要はありません。

2 ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証等に代えることができる。

## 様式第7号(第8条関係)

## ⑨ 重度心身障がい者等医療費助成申請書

年 月 日

徳島県石井町長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

(申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

石井町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第8条の規定に基づき、重度心身障がい者等医療費を助成されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に係る、受領者・同一保険加入者の療養給付状況について、貴町が保険者に回答を求めるに同意します。

重度心身障がい者等医療費助成申請額			一 金 円 也		
受 療 年 月			年 月 分		
受 給 者	受給者証記号番号	⑨ 徳3— 第 号	加入医療保険	被保険者 (組合員)名	
	氏 名			保険証記号番号	
	生年月日	年 月 日		保険者名	

## 助成額算定欄

本人支払額 円	-	附加給付額 疗養費支給額	円	=	助成額 円
------------	---	-----------------	---	---	----------

年 月 日

取扱者

注1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。

2 治療用装具等についても保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。

## 様式第7号(別添1)

療養費支給済証明書					
被保険者 (組合員)名			勤務先		
保険証記号番号			同上 所在地		
保険者名			保険者 所在地		
支 給 内 訳					
受療者			診療月	年 月分	
	総額	支給額	対象月	支給年月日	備考
療養費	円	円	年 月分	年 月 日	
給付内容	治療材料、看護料、移送費、 その他 ( )				
上記のとおり支給したことを証明します。					
年 月 日					
(証明者)		住 所 _____ 職氏名 _____			

注 1 この証明書は、市町村へ提出する重度心身障がい者等医療費支給申請書の添付書類です。

2 2枚複写とし、薄紙は証明者(保険者)の控、厚紙は申請者用です。

3 この証明書は保険者において証明の上被保険者の事業所を経由するか、又は直接被保険者に交付してください。

様式第7号(別添2)

重　　領　　収　　書(重度心身障がい者等医療費助成用)			
徳　島　県			
療　養　者　名		診療月	年　　月分
領　收　金　額	一　金		
ア　　上記金額のうち、保険医療で認められた医療費の本人支払額	一　金		
イ　　アのうち、公費負担医療の適用により、本人が支払うべきとされた金額	更生、育成、療育　結核、精神、その他　一　金		
年　　月　　日			
医　療　機　関　の　所　在　地 及　び　名　称			
開　設　者　氏　名			

- 1 この領収書は、重度心身がい者等医療費助成申請書の添付書類です。(収入印紙は不要)
- 2 上記領収金額欄には、医療機関等に支払った現金総額を記入して下さい。したがって、保険医療で認められない料金も含みます。
- 3 ア欄の金額には、保険医療で認められないベッドの差額料金や金(金位14カラット未満の合金)使用の歯科の補てつ料金等は含まれませんのでご留意下さい。
- 4 イ欄は、公費負担医療が適用された場合に該当する医療の種類に○をつけ、医療機関に本人が支払うべきものと決定され、かつ実際に支払った金額を記入して下さい。

なお、「更生」は、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による自立支援医療(更生医療)

「育成」は、同法による自立支援医療(育成医療)

「療育」は、児童福祉法による療育医療

「結核」は、結核予防法による命令入所

「精神」は、精神保健法による措置入院のことです。

## 様式第7号の3(第8条関係)

重度心身障がい者  
ひとり親家庭等 重度心身障がい者等医療費助成申請書

年 月 日

石井町長 殿

申請者 住所  
 氏名

下記のとおり一部負担金を払いましたので、医療費等の支給を申請します。

受 給 者 記 入 欄	受給者氏名			生年月日		年 月 日			
	住 所			受給者番号					
	加入保険	保険の名称	国、(一般・退職〔本人・被扶養者〕)、政、組、船、共				附加給付金の有無	有・無	
		被保険者				保険 給付 割合	附加給付金の金額	高額療養費支払回数	円
		保険記号番号							
	他の世帯員の受診状況	氏 名	医療機関名			自己負担金	円		
		氏 名	医療機関名			自己負担金	円		
	受 診 日	年 月 日から 年 月 日まで受診分			入院日数	日			
	区 分	入 院			入 院 外				
	診療報酬点数				点	点			
他法負担点数				点	点				
保険者負担点数 (高額療養費分除く)				点	点				
一部負担金① (本人負担額)				円	円				
訪問看護療養費の総利用料②				受診日内の利用回数 円 基本利用料の単価(2日目以降分)	回 円(1日目 円)				
※ 医療の給付に係る一部負担金を①の欄に、訪問看護療養費に係る基本利用料を②の欄にそれぞれ分けて記入してください。									
年 月 日				医療機関等所在地 名 称 代表者名					
市 町 村 記 入 欄	本人負担額 A ①+②	(高額)療養費 負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D [D=A-(B+C)]	受付年月日	年 月 日			
					決裁年月日	年 月 日			
					支給年月日	年 月 日			
(高額)療養費の世帯合算及び附加給付金等の算定方法									

様式第9号(第13条関係)

重度心身障がい者等医療費助成 事由(被害)届				
医療保険証記号番号		氏名	年月日生	
被　害　を 与　え　た　者 (第三者)	住　所 (居所)			
	氏　名			
医　療　機　関　名		診　療　開　始　日	診　療　見　込　期　間	
被 害 の 状 況				
上記のとおり第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。 年　月　日 届出人　住　所 氏　名 (助成対象者との続柄　　) 石井町長　　殿				

## 様式第10号(別表第1、別表第2関係)

(表面)

証 明 書			
申 請 者 住 所		市	町
申 請 者 氏 名			
医 师 等 の 診 断	診断(判定)		
	年 月 日 医師等の氏名		
民 生 委 員 等 の 証 明			
	年 月 日 民生委員等の氏名		

- 1 知的障がい児(者)の診断は、こども女性相談センター所長(障がい者相談支援センター所長)によって行い、その他の者の診断は、医師によって行って下さい。
- 2 知的障がい児(者)以外の者の診断にあたっては、裏面も記載して下さい。

(裏面)

医 師 の 所 見	3か月以上にわたって、次のそれぞれの日常生活の動作について2分の1以上を他の介助によらなければ自らできないもの	
	ア 食事	イ 入浴 ウ 排便 エ 衣服の着脱 オ 室内外の移動
※該当の項目に○印を付してください。		

(注意)

「3か月以上にわたって、次のそれぞれの日常生活の動作について2分の1以上を他の介助によらなければ自らできないもの」の判断基準は、次の各欄の1から3までのいづれかに該当するものをいいます。(○印を付してください。)

ア 食事	1 箸が使えない。 2 自分で食べるが3分の1以上こぼす。 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの	エ 衣服の着脱	1 ひもは解けるが結べない。 2 一部介助すれば脱げる(着れる)。 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの
イ 入浴	1 タオルが絞れない。 2 浴槽の出入りに介助がいる。 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの		
ウ 排便	1 便所(便器)へ行けるが紙が使えない。 2 介助されて便所(便器)へ行く。 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの	オ 室内外の移動	1 手を引いてもらい(肩にもたれて)移動する。 2 手すりつきの階段が上れない又は下りられない。 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの

## 様式第11号(別表第1関係)

(表 面)

		証	明	書	〔介護を要する2級身 〔体障がい者 重用〕〕		
申請者住所		市 郡 町 村					
申請者氏名		年 齢	歳	性 別		障 害 等 級	級
医 師 の 診 断 の 意 見	次の1から7まで及びアからオまでについて裏面を参照の上該当するものに○を つけてください。						
	1 両眼の視力の和が0.02のもの 2 両上肢の機能の著しい障がいを有す るもの 3 両上肢のすべての指を欠くもの 4 両下肢の機能の著しい障がいを有す るもの 5 体幹の機能障がいにより坐居又は起 立位を保つことが困難なもの 6 体幹の機能障がいにより立ち上がる ことが困難なもの 7 前各号に掲げるもののほか、身体障 害者障害程度等級表の2級に該当する 者であつて、その障がいに長期にわた る安静を必要とする傷病が加わり前各 号と同程度以上と認められる状態である もの				3か月以上にわたつて、次のそれぞれ の日常生活の動作について2分の1以上 を他の介助によらなければ自らででき ないもの  ア 食 事 イ 入 浴 ウ 排 便 エ 衣 服 の 着 脱 オ 室内外の移動		
	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">           注 上記の動作は補装具を装着し ない場合における状態によつ 下さい。ただし、視覚障がい者 を除く。         </div>						
	年 月 日		病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 氏 名				
	(日常生活の状況について記入してください。)						
	年 月 日		民生委員氏名				

注 太枠内は申請者で記入してください。

(裏面)

注意

1 この証明書は、重度心身障がい者等医療費の助成対象者を認定するためのものです。

2 医師の証明(診断)は、次によってください。

(1) 『医師の診断』左欄について

ア 「1~6」各号は、身体障害者障害程度等級表の2級のすべてではなく、その一部について掲げたものです。

イ 「7」号に該当する者は、次の「1)~6)」までに掲げる障がいを有する者であつて、原則として3箇月以上にわたつて安静を必要とする症状が継続すると確認(診断)される傷病が加わり「1~6」各号と同程度以上と認められる状態であるものをいいます。

傷病例(心臓、じん臓、呼吸器、肝臓、血液疾患及び負傷等)

1) 両眼の視力の和が0.03及び0.04のもの

2) 両耳の聴力損失がそれぞれ90デシベル以上のもの

3) 1上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの

4) 1上肢の機能を全廃したもの

5) 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの

6) 2以上の重複する障がいがあつて、身体障害者障害程度等級表の2級に該当しているもの

(2) 『医師の診断』右欄について

「3箇月以上にわたつて、次のそれぞれの日常生活の動作について2分の1以上を他の介助によらなければ自らでできないもの」の判断基準は、次の各欄の1~3のいずれかに該当するものをいいます。

ア 食事	1 箸が使えない 2 自力で食べるが3分の1以上こぼす 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの	エ 衣服の着脱	1 ひもは解けるが結べない 2 一部介助すれば脱げる(着れる) 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの
イ 入浴	1 タオルが绞れない 2 浴槽の出入りに介助がいる 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの	オ 室内外の移動	1 手を引いてもらい(肩にもたれて)移動する 2 手すりつきの階段が上れない又は下りられない 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの
ウ 排便	1 便所(便器)へ行けるが紙が使えない 2 介助されて便所(便器)へ行く 3 上記の障がいと同程度以上と認められるもの		

## 様式第12号(別表第2関係)

## 所得制限対象者課税調査書(ひとり親家庭の父母等用)

ひとり親家庭等医療費対象者	ふりがな 氏名 生年月日 年月日		居住地(住所)	
配偶者	氏名		住所	
① 扶養義務者	氏名 対象者との続柄		住所	
所得状況 扶養親族 等控除	受給者の 所得状況	配偶者の 所得状況	①の扶養義務者 の所得状況	
② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数)	人(人)	人(人)	人(人)	
③ 前年の所得額	円	円	円	
雑損	円	円	円	
医療費	円	円	円	
社会保険料	円	※円	※円	
小規模企業共済等掛金	円	円	円	
④ 控除	障がい者(特別障がい者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人 円	人 円	人 円
	特別障がい者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人 円	人 円	人 円
	障がい者・特別障がい者・老年者・寡婦・勤労学生の別	障、特障 寡、勤 円	障、特障 寡、勤 円	障、特障 寡、勤 円
除	地方税法附則第6条第2項又は租税特別措置法の一部を改正する法律(平成7年法律第55号)附則第12条の免除若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条の免除に係る所得額			
	本年の災害・医療費	円 ※円	円 ※円	円 ※円
※控除後の所得額		円	円	円
※審査				

◦ この調査書は、ひとり親家庭等医療費医療証申請書に添付するものです。

◦ ※印の欄は、記入しないでください。

様式第13号(別表第2関係)

配偶者が1年以上生死不明である

ことの確認願

		年   月   日
証明者 _____殿		申立人住所 _____氏名_____
医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。		
記		
配偶者の氏名及び生年月日	年   月   日生	
生死不明になっている期間	年   月   日から引き続き現在まで	
生死不明になった当時の住所		
生死不明になった当時の状況		
そ の 後 の 経 過		
そ の 他 参 考 事 項		
確 証 認 明 欄 者	年   月   日 上記の申立てが事実であることを確認します。 証明者 氏 名 _____ 申立人 _____ 殿	

- 1 この願は、対象者の配偶者の生死が1年以上明らかでないことにより、医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求書を提出する場合に添付してください。
- 2 沈没した船舶に乗つていた場合、その他死亡の原因となるべき危難に遭遇し、その危難が去つた後3箇月以上父又は母の生死が明らかでないことにより、医療助成制度の認定請求書を提出する場合には、その書類の代りに警察署、その他の官公署、関係会社等の証明書を添付してください。

様式第14号(別表第2関係)

配偶者が引き続き1年以上対象者

を遺棄していることの確認願

		年   月   日
福祉事務所 民生・児童委員等 <hr/> 殿		
申立人住所 氏名 _____		
医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求を行うため必要なので、下記のことが事実であることを確認願います。		
父又は母の氏名及び生年 月 日	年   月   日生	
遺棄されている期間	年   月   日から引き続き現在まで	
遺棄された当時の住所		
遺棄された当時の状況		
その後の経過		
その他参考事項		
民生 ・ 児 童 委 員 等 確 認 欄	年   月   日	
	上記の申立てが事実であることを確認します。 民生・児童委員等住 所 氏 名 _____ 申立人 <hr/> 殿	

この願は、配偶者が対象者を引き続き1年以上遺棄していることにより、医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求書を提出する場合に添付してください。

様式第15号(別表第2関係)

配偶者が海外にあるためその扶養  
が受けられることの確認願

		年　月　日
官　公　署 (民生児童委員)		
殿		
申立人　住　所		
氏　名		
医療助成制度(ひとり親家庭等)の確定請求を行うために必要なので下記のとおり配偶者が海外にあるため、その扶養を受けることができないことを確認願います。		
記		
夫又は妻の氏名及び生年　月　日		年　月　日生
扶養を受けられなくなつた年　月　日		年　月　日から引き続き現在まで
扶養を受けることができない理由		
官 公 署 等 確 認 欄	年　月　日	
上記の申立てが事実であることを確認します。		
官公署等		
氏　名		
申立人		
殿		

この願は医療助成制度(ひとり親家庭等)の認定請求をする児童と父又は母が、児童の母又は父が海外にあるためその扶養を受けることができないときに提出してください。

## 参考

(表)  
国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

①被保険者 証の記号 番号		②療養を受けた 被保険者の氏 名・生年月日	年 月 日	③世帯主 (組合員) との続柄	
④傷 病 名					
⑤療養を受けた病院、診療所、 薬局等の名称及び所在地		名 称 所在 地			
⑥⑤の病院等で療養を受けた 期 間		年 月 同月	日から 日まで	日間	
⑦⑥の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額		円			
⑧ 備 考					
上記のとおり申請します。  年 月 日					
世帯主(組合員)住 所 氏 名					
石 井 町 長 殿 国民健康保険組合理事長					
委 任 状	私は高額療養費の受領を次の代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 (組合員) 氏 名 代理人 住 所 氏 名				

(裏)

(注)

- 1 この申請書は、次によつて作成してください。
  - (1) 曆月ごと、被保険者ごとに作成してください。
  - (2) 療養を受けた医療機関に医科と歯科があるときは、医科と歯科別に作成してください。
  - (3) 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
- 2 ⑥欄の療養を受けた期間は、療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみ記入してください。
- 3 ⑦欄の病院等で支払った額は、支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料、歯科で認められている差額徴収額については除いてください。  
ただし、その額が明確でないときは、医療機関等で支払った額を記入し、備考欄にその旨記入してください。
- 4 領収書があれば、この申請書に添付してください。無い場合は結構です。

<p>重 (勤務先)</p> <p>殿 (統柄) (氏名)</p> <p>_____に係る重度心身障がい者等医療費支給申請に必要とするため、下記事項について証明をお願いします。</p> <p>年 月 日</p>	<p>附加給付支給額証明願</p> <p>住 所 _____</p> <p>被保険者又は 組合員 _____</p>		
証 明 書			
勤 務 先			
同 上 所 在 地			
保 险 者 名	所 在 地		
保険証記号番号	第 号	資格取得年月日	
附加給付支給基 準を詳細に記入 してください。	附加給付対象月	年 月 分	
	支 給 額	円	
	支 給 年 月 日	年 月 日	
附 加 給 付 決 定 者		所 在 地	
上記のとおり証明する。 年 月 日			
(証明者)住 所 職 氏 名		<input type="checkbox"/>	

注 2枚複写とし、薄紙は証明者の控、厚紙は申請者用である。

重 委 任 状

受任者 長殿

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私の  
私の被扶養者である の 年 月 日以降の療養に係る附  
加給付金の受領に関する事項。ただし、保険者が当該療養に係る費用に相当する金額  
を保険医療機関等に支払う場合であって、かつ、重度心身障がい者等医療費助成条例  
の規定により、貴市町村が保険の自己負担分を当該保険医療機関等に支払う場合に限  
ること。

なお、上記により受領した附加給付金については、貴市町村が保険医療機関等に支  
払う当該療養に係る医療費に充当されたいこと。

年 月 日

委任者

住 所

氏 名

(被保険者証記号番号 第 号)

様式第 1 号(第 3 条関係)  
様式第 1 号の 2 (第 3 条関係)  
様式第 2 号(第 4 条関係)  
様式第 2 号の 2 (第 4 条関係)  
様式第 2 号の 3 (黄色)(第 4 条関係)  
様式第 2 号の 4 (第 4 条関係)  
様式第 3 号(第 5 条関係)  
様式第 3 号の 2 (第 5 条関係)  
様式第 4 号(第 5 条関係)  
様式第 5 号(第 6 条関係)  
様式第 6 号(第 7 条関係)  
様式第 7 号(第 8 条関係)  
様式第 7 号の 2 削除  
様式第 7 号の 3 (第 8 条関係)  
様式第 8 号 削除  
様式第 9 号(第 13 条関係)  
様式第 10 号(別表第 1 、別表第 2 関係)  
様式第 11 号(別表第 1 関係)  
様式第 12 号(別表第 2 関係)  
様式第 13 号(別表第 2 関係)  
様式第 14 号(別表第 2 関係)  
様式第 15 号(別表第 2 関係)  
参考