

## ○葛城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112号

## (目的)

第1条 この告示は、精神障害者に対し医療費の一部を助成し、もって精神障害者の健康の保持及び福祉の増進を図ることを目的とする。

## (定義)

第2条 この告示において「社会保険各法」とは、次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) [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法\(昭和28年法律第245号\)](#)
- 2 この告示において「対象者」とは、[次条](#)に規定する医療費の助成を受けることができる者をいう。
- 3 この告示において「助成金」とは、[前項](#)に規定する対象者に支給する金額をいう。
- 4 この告示において「医療機関等」とは、病院、診療所、薬局その他のものをいう。

## (助成要件)

第3条 この告示により医療費の助成を受けることができる者は、[次の各号](#)のいずれにも該当する者([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ものを除く。)で、かつ、[国民健康保険法\(昭和33年法律第192号\)](#)に定める被保険者又は社会保険各法に定める被保険者、組合員、加入者若しくはこれらの者の被扶養者であるものとする。

- (1) 本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、本市以外の市町村から当該病院等に入院をする際に本市に住所を変更したと認められる者を除く。)
- (2) [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](#)の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、その障害等級が1級又は2級である者

## (住所地特例)

第4条 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本市に住所を有していたと認められるもの(本市以外の市町村に所在する病院等に入院した者に限る。)は、[前条第1号](#)に規定する本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、[次の各号](#)のいずれかに該当する者は、対象者としなない。ただし、市長が必要と認めた場合は、この限りでない。

- (1) [葛城市乳幼児等医療費助成条例\(平成16年葛城市条例第91号\)](#)により医療費の助成を受けることができる者
- (2) [葛城市ひとり親家庭等医療費助成条例\(平成16年葛城市条例第90号\)](#)により医療費の助成を受けることができる者
- (3) [葛城市心身障害者医療費助成条例\(平成16年葛城市条例第99号\)](#)により医療費の助成を受けることができる者

## (助成の範囲)

第6条 医療費の助成は、対象者の疾病又は負傷について[国民健康保険法](#)、社会保険各法その他法令の定め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、当該法令の定めによって対象者が負担した自己負担金の額から次に掲げる額を控除した額に相当する助成金を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) 法令の定め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(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円とする。)

(受給資格証の交付申請)

- 第7条 医療費の助成を受けようとする者は、精神障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書(様式第1号。以下「交付申請書」という。)に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条第1号に該当することを明らかにすることができる書類
  - (2) 国民健康保険法に基づく被保険者証若しくは被保険者資格証明書又は社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証若しくは加入者証
  - (3) 対象者、その配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻と同様の事情にある者を含む。)及び扶養義務者(以下「扶養義務者等」という。)の所得額、控除額、扶養人数等(以下「所得等」という。)を明らかにする書類
  - (4) 精神障害者保健福祉手帳
  - (5) 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項に基づく自立支援医療受給者証(精神通院)の交付を受けた者にあつては、自立支援医療受給者証(精神通院)
  - (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認める書類
- 2 市長は、前項の規定により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。

(受給資格証の交付)

- 第8条 前条の規定による交付申請書を受理した市長は、申請者が対象者に該当すると認めるときは精神障害者医療費受給資格証(様式第2号。以下「受給資格証」という。)を交付するものとし、対象者に該当しないと認めるときはその理由を付し、精神障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書(様式第3号)を交付するものとする。
- 2 市長は、交付申請書の提出がない場合においても、対象者に該当すると認めるときは、前項の規定に準じて受給資格証を交付することができるものとする。
  - 3 受給資格証の交付を受けた者(以下「受給資格者」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。
  - 4 受給資格者は、受給資格証を医療機関等において医療を受ける際に提示しなければならない。

(受給資格証の更新申請等)

- 第9条 受給資格証の有効期間は、受給資格証交付の日から精神障害者保健福祉手帳の有効期限までとする。
- 2 受給資格者は、受給資格証の更新を受けようとするときは、前項に規定する受給資格証の有効期限までに、交付申請書に第7条第1項各号に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。
  - 3 第7条第2項及び前条の規定は、前項の規定による受給資格証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10条 受給資格者は、受給資格証を破損し、又は失ったときは、精神障害者医療費受給資格証再交付申請書(様式第4号。以下「再交付申請書」という。)により市長に再交付を申請することができる。
- 2 受給資格証を破損した場合の前項の再交付申請書には、当該受給資格証を添えなければならない。
  - 3 受給資格者は、受給資格証の再交付を受けた後、失っ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。

(支給方法)

- 第11条 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(一般)交付請求書(様式第5号。以下「請求書」という。)に領収書その他自己負担金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、受給資格者が奈良県内の医療機関等で診療を受ける際に受給資格証を提示した場合において、当該医療機関等から提供される情報に基づき奈良県国民健康保険団体連合会から市長に当該診療に係る自己負担金その他助成金の算定に必要な事項が通知されたときは、受給資格者から市長に前項の規定による請求書の提出があつたものとみなす。

(助成金の交付)

- 第12条 市長は、前条の規定による請求書の提出があつたときは、その内容を審査の上適当と認めるときは助成金を交付し、不適当と認めるときは精神障害者医療費助成金(一般)交付請求却下通知書(様式第6号)により通知するものとする。

(届出)

- 第13条 受給資格者は、次に掲げる書類に受給資格証を添えて速やかに市長に届け出なければならない

い。

- (1) 住所又は氏名を変更したときは、住所・氏名変更届(様式第7号)
  - (2) 第6条に規定する医療に関する給付を行う保険者又は共済組合に変更が生じたときは、加入医療保険変更届(様式第8号)
  - (3) 受給資格者及び扶養義務者等の所得等に変更があったときは、所得状況変更届(様式第9号)
  - (4) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級に変更があったときは、障害等級変更届(様式第10号)
  - (5) 対象者が死亡したときは、死亡届(様式第11号)
- (譲渡又は担保の禁止)

第14条 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)

第15条 偽りその他不正の手段により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。  
(損害賠償との調整)

第16条 市長は、対象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。  
(受給資格者台帳の整備)

第17条 市長は、受給資格者について精神障害者医療費受給資格者台帳(様式第12号)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。  
(報告)

第18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、医療費の助成を受ける者に対し、必要な事項の報告を求めることができる。  
(その他)

第19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177号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。ただし、第3条第2号の改正規定(「1級」の次に「又は2級」を加える部分に限る。)は、平成28年4月1日から施行する。

[様式第1号\(第7条関係\)](#)

様式第1号(第7条関係)

(表)

精神障害者医療費受給資格証 交付(更新)申請書					
対 象 者	ふりがな			居住地 (住所)	
	氏 名	男	女		
	生年月日				
配 偶 者	氏 名			住 所	
扶 養 義 務 者	氏 名			住 所	
	対象者との続柄				
所 得 状 況		対 象 者	配 偶 者	①扶養義務者	
② 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)	人 ( 人)	
③ 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	
配 偶 者 特 別		円	円	円	
④ 障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円	
控 除	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円	
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・寡婦の特別・勤労学生の別	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円	障・特障・勤 ※ 円	障・特障・寡婦(夫)・寡特・勤 ※ 円	
	肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円	
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	円	円	
⑤ 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	被保険者証 の記号番号	
	保険者番号及び 名称				
⑥ 交付申請事由	1 精神障害者になったため	4 その他( )			
	2 転入してきたため	(交付事由発生年月日)			
	3 保険に新たに加入したため	年 月 日			
※ 審 査	認 定 ・ 却 下				
上記のとおり精神障害者医療費受給資格証の交付及び精神障害者医療費助成金(一般)の支給を申請します。					
年 月 日		申請者			
		住所		氏名	
		電話番号		⑩	
葛城市長 様					
(注) 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)

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(一般)の支給に当たり、以下のことを確認し、同意します。

なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

- ・本受給資格申請及び毎年の年度更新の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧及び使用すること。
- ・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、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該診療に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを渡し、市長に提出すること。
- ・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。
- ・個人番号の提供がない場合、職員が検索し記載すること。

年 月 日  
葛城市長 様

申請者 住所

氏名



口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			
	金融機関コード				店舗コード			
振替	預金種別	普通・当座・その他		口座番号				
依頼欄	口座	フリガナ						

(委任状)

私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。

精神障害者医療費助成金(一般)の受領に関すること。

申請者の住所、氏名及び電話番号

.....

代理人の住所、氏名及び電話番号

.....

[様式第2号\(第8条関係\)](#)



様式第2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市町村窓口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)に加えてこの証を必ず窓口へ提出してください。  
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、速やかにこの証を市町村長に返してください。
- 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市町村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日以内に市町村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(明治40年法律第号)により詐欺罪として処分の対象となります。  
有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市町村長に返してください。

様式第3号(第8条関係)

## 様式第3号(第8条関係)

精神障害者医療費受給資格証交付申請却下通知書			
	第		号
	年	月	日
様			
	葛城市長		印
<p>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。</p>			
(理由)			
(教示)			
1 この処分について不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。 なお、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、異議申立てをすることができなくなります。			
2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。 (訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。) なお、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、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。 ただし、この処分について上記1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、その期間内であってもその決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると、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。			

様式第4号(第10条関係)

様式第4号(第10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

葛城市長 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	個人番号:
	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、早急に返納してください。

[様式第5号\(第11条関係\)](#)



様式第5号(第11条関係)

精神障害者医療費助成金(一般)交付請求書				
葛城市長 様		年 月 日		
		(申請者)住 所 氏 名 電話番号		
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	ふりがな	
加入医療保険名称 及び記号番号		生年月日	個人番号: T. S. H 年 月 日生	
◎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 状 況 等	入 院	医療機関：名称 (所在地 )		
		日数・期間	総点数	
		日( 年 月 日～ 年 月 日)	点	
	①	医療機関：名称 (所在地 )		自己負担支払額
		日 数	総点数	円
		日	点	円
		医療機関：名称 (所在地 )		自己負担支払額
		日 数	総点数	円
		日	点	円
		医療機関：名称 (所在地 )		自己負担支払額
		日 数	総点数	円
		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。

[様式第6号\(第12条関係\)](#)

様式第6号(第12条関係)

年 月 日

様

葛城市長



精神障害者医療費助成金(一般)交付請求却下通知書

年 月 日付けで請求のあった精神障害者医療費助成金交付請求については、下記の理由により請求を却下しましたので通知します。

(理由)

(教示)

- 1 この処分について不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。なお、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、異議申立てをすることができなくなります。
- 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)なお、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると、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。  
ただし、この処分について上記1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、その期間内であってもその決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると、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。

[様式第7号\(第13条関係\)](#)

様式第7号(第13条関係)

住所・氏名変更届  
(精神障害者医療費)

年 月 日

葛城市長 様

届出者 住所  
氏名 ㊟  
電話番号  
個人番号

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) 精神障害者医療費受給資格証をお持ちの方は、受給資格証を提出してください。

[様式第8号\(第13条関係\)](#)

様式第8号(第13条関係)

加入医療保険変更届  
(精神障害者医療費)

年 月 日

葛城市長 様

届出者 住所 .....  
氏名 ..... ㊦  
個人番号 .....

下記のとおり加入医療保険に変更が生じたので届けます。

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	個人番号:	受給者との続柄		
	住所				
	保険種別	本人家族	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」中一部に変更があった場合は、変更のあった箇所の見出しに○をつけてください。

[様式第9号\(第13条関係\)](#)

様式第9号(第13条関係)

所得状況変更届  
(精神障害者医療費)

年 月 日

葛城市長 様

届出者 住所 .....

氏名 ..... ㊟

下記のとおり所得状況に変更を生じましたので届けます。

		対 象 者		配 偶 者		扶 養 義 務 者	
氏 名							
受給資格証受給者番号						対象者との続柄	
個人番号							
生 年 月 日							
住 所							
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)		人 ( 人)	
所 得 額		円		円		円	
控 除	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・配偶者特別	人	※ 円	人	※ 円	人	※ 円
	障害者である扶養親族	人	※ 円	人	※ 円	人	※ 円
	特別障害者である 扶 養 親 族	人	※ 円	人	※ 円	人	※ 円
	障・特障・寡・勤の別	障・特障・ 寡・勤	※ 円	障・特障・ 勤	※ 円	障・特障・ 寡・勤	※ 円
	そ の 他 ( )	円		円		円	
控 除 後 の 所 得 額		円		円		円	
※ 審 査							
(注)		1 ※印の欄は、記入しないでください。 2 精神障害者医療費受給資格証をお持ちの方は、受給資格証を提出してください。					

様式第10号(第13条関係)

様式第10号(第13条関係)

障害等級変更届  
(精神障害者医療費)

年 月 日

葛城市長 様

届出者 住所  
氏名   
個人番号

下記のとおり精神障害者保健福祉手帳の障害等級に変更が生じたので届けます。

受給資格証 受給者番号	
変更後の手帳	(1・2・3級) 第 号
変更の年月日	年 月 日

[様式第11号\(第13条関係\)](#)



様式第11号(第13条関係)

死 亡 届  
(精神障害者医療費)

年 月 日

葛城市長 様

届出者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

下記の者が死亡しましたので届けます。

死亡者氏名

# 住所

死亡年月日

受給資格証 受給者番号

決 定					係	決裁年月日	
						台帳整理	

(注) 精神障害者医療費受給資格証をお持ちの方は、受給資格証を提出してください。

[様式第12号\(第17条関係\)](#)

様式第12号(第17条関係)

受給者番号		精神障害者医療費受給資格者台帳								
受給者氏名	男女	生年月日		住所						
個人番号		年	月	日	( . . , 変更)					
扶養義務者氏名	男女	生年月日		住所						
個人番号		年	月	日	( . . , 変更)					
医療 保 険	被保険者名 (又は組合員名)	( . . , 変更)		受給者との 続柄	( . . , 変更)		交付(更新・ 再交付) 年月日	有効期間	摘要	
	個人番号	( . . , 変更)								
	住所	( . . , 変更)						受 給 資 格 証	~	
	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		~			
		国 (市町村・退・組) 健(協会・組・日) 船共	本人・家族		記号番号		~			
		( . . , 変更)							~	
		( . . , 変更)							~	
	保険者番号 及び名称	( . . , 変更)							~	
	所在地	( . . , 変更)							~	
	(備考)									