

○若桜町身体障害者等医療費助成要綱

平成元年3月31日

告示第12号

改正 平成3年3月30日告示第8号

平成5年4月1日告示第11号

平成11年3月30日告示第24号

平成16年3月30日告示第12号

平成17年9月30日告示第45号

平成20年3月31日告示第13号

平成24年12月27日告示第72号

(目的)

第1条 この要綱は、身体障害者、知的障害者及び精神障害者の医療費を助成することにより、これらの者の健康保持及び生活の安定を図り、もってその福祉を増進することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において身体障害者とは、県知事から身体障害者手帳の交付を受けた者を、知的障害者とは、県知事から療育手帳の交付を受けた者を、精神障害者とは、県知事から精神障害者福祉手帳の交付を受けた者をいう。

(適用を受ける者)

第3条 この要綱の適用を受ける者は、本町に住所を有し、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により、交付を受けた身体障害者手帳に障害の程度が「3級」、「4級」又は「5級」と記載されている者並びに昭和48年9月27日付厚生省発児第156号により交付を受けた療育手帳の欄に「B」と記載されている者並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定により、交付を受けた精神障害者保健福祉手帳に障害の程度が「2級」又は「3級」と記載されている者で、前年の所得（当該医療を受ける日の属する月が1月から6月までの場合にあっては、前々年の所得）の額がその所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する控除対象配偶者及び親族（以下「扶養親族等」という。）の有無及び数に応じて、次の表の定める基準に満たない者とする。

扶養親族等の数等	基準額
扶養親族等がないとき	1,595,000円
扶養親族等の数が1人の時	1,975,000円
扶養親族等の数が2	2,355,000円

人の時	
扶養親族等の数が3人の時	2, 355, 000円に扶養親族等のうち、2人を除いた扶養親族等1人につき380, 000円を加算した額

2 この要綱の適用を受ける期間は、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳を受けた日に始まり、身体障害者、知的障害者及び精神障害者でなくなった日をもって終わる。

(対象となる医療)

第4条 この要綱の対象となる医療費は、若桜町特別医療費助成条例に準じた医療費とする。

(助成額)

第5条 前条に定める医療費（社会保険各法に規定する附加給付金その他の規則で定める給付金があるときは、当該給付金の額に相当する額を控除した額）のうち、被保険者等が負担することとなる費用（次の表の対象者の区分に応じた月額負担上限額を控除した額）について、障害の程度が身体障害者手帳3級の者は10分の10、4級の者は10分の7、5級の者は10分の5、療育手帳Bの者は10分の10、精神障害者保健福祉手帳2級又は3級の者は10分の5をそれぞれ乗じて得た額（1円未満の端数がある場合は、これを切り捨てるものとする。）を助成する。

対象者	月額負担上限額	
	入院の場合	入院以外の場合
ア 市町村民税非課税世帯の者	0円	0円
イ 市町村民税課税世帯で、本人は非課税の者	5, 000円	1, 000円
ウ ア、イ以外の者	10, 000円	2, 000円

(交付手続)

第6条 この要綱により身体障害者等医療費の助成を受けようとする者は、身体障害者等医療費助成金申請書（様式第1号）に医療費のうち一部負担金を支払ったことを証する領収書（様式第2号）を添付し、町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定により助成金申請書の提出を受けたときは、速やかにこれを審査し、助成金を交付するものとする。

(損害賠償との調整)

第7条 町長は、助成金を受けたものが疾病又は負傷に関し、損害賠償を受けたときは、その賠償額の限度において、助成金の全部若しくは一部を支給せず、又はすでに支給した助成金の額に相当する金額を返還させなければならない。

附 則

- 1 この要綱は、平成元年4月1日から施行する。
- 2 若桜町身体障害者（児）医療費助成要綱（昭和62年若桜町告示第13号）は、廃止する。

附 則（平成3年3月30日告示第8号）

この要綱は、平成3年4月1日から施行する。

附 則（平成5年4月1日告示第11号）

この要綱は、平成5年4月1日から施行する。

附 則（平成11年3月30日告示第24号）

この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成16年3月30日告示第12号）

（施行期日）

- 1 この告示は、平成16年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱による改正後の若桜町身体障害者等医療費助成要綱の規定は、この要綱の施行の日以降に受ける医療費に係る医療費助成について適用し同日前に受けた医療費に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成17年9月30日告示第45号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱による改正後の若桜町身体障害者等医療費助成要綱の規定は、この要綱の施行の日以降に受ける医療費に係る医療費助成について適用し、同日前に受けた医療費に係る医療費助成については、なお従前の例による。

附 則（平成20年3月31日告示第13号）

（施行日）

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱による改正後の若桜町身体障害者等医療費助成要綱の規定は、この要綱の施行日以降に受ける医療費助成について適用し、同日前に受けた医療費に係る医療費助成については、なお従前の例による。

附 則（平成24年12月27日告示第72号）

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

身体障害者等医療費助成金申請書			
若桜町長 様			
医療を受けた者の氏名		住所	若桜町大字
医療を受けた病院等総合病院の場合は診療科等の名称			
入院・入院外の別	入院 入院外	医療を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日
医療に要した費用	円		
加入保険名及び記号・番号		身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳	級
添付書類			
1 医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書			
2 附加給付金支給額証明書			
医療費申請額			円
年 月 日			
税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 申請者 住所 若桜町大字 氏名 (印)			

(注) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

様式第2号(第6条関係)

領 収 書			
(身体障害者・知的障害者医療費)			
療養者名		診 療 月	年 月分
領収金額	一金	円	保険医療対象 総 点 数
<p>これは、保険医療で認められた医療費の本人一部負担金である。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地及び名称</p> <p>開設者 氏 名 (印)</p> <p>様</p>			

- 注 ① この領収書は身体障害者・知的障害者医療費申請書の添付書類です。
- ② 保険医療で認めていないベッドの差額料金等は、含まれませんのでご注意ください。
- ③ 収入印紙は、不要です。

様式第1号 (第6条関係)

様式第2号 (第6条関係)