

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成事業実施要綱

令和2年3月25日

福祉部長決定

改正 令和3年3月1日

令和5年3月14日

（趣旨）

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第54条第1項に基づく自立支援医療（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施行令（平成18年政令第10号。以下「施行令」という。）第1条の2第2号に規定する更生医療に限る。以下「更生医療」という。）の支給認定を受けた者に対し、当該給付に係る自己負担額を助成する事業を実施するにあたり必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- （1）「支給認定」とは、加古川市自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱第5条に規定する支給認定をいう。
- （2）「指定自立支援医療機関」とは、法第54条第2項に規定する指定自立支援医療機関をいう。
- （3）「医療保険各法」とは、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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第35条第4号に規定する医療保険各法をいう。

（対象者）

第3条 この要綱に基づく助成の対象となる者は、支給認定を受けた者（加古川市自立支援医療費支給認定通則実施要綱（以下「通則実施要綱」という。）第3条第5号の規定に該当する者を除く。以下「助成対象者」という。）とする。

（対象医療費）

第4条 この要綱に基づく助成の対象となる医療費は、障害者が支給認定の有効期間内において、指定自立支援医療機関から受けた支給認定に係る更生医療に要した費用の自己負担額（以下「対象医療費」という。）とする。

（助成の範囲）

第5条 市の助成する額は、月額単位で算定するものとし、対象医療費（更生医療での負担上限月額（施行令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。）を限度とする。）から次に掲げる額を控除した額とする。

（1）医療保険各法の規定により保険者が負担すべき額（保険者の規約等により医療保険各法に規定する保険給付と併せて当該保険給付に準ずる給付を受けることができる場合にあってはその額を含む。）

（2）別表に掲げる助成対象者の療養区分に応じた自己負担上限月額

（申請）

第6条 対象医療費の助成を受けようとする者は、加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金支給申請書（様式第1号）に当該医療に要した額を証する書類その他市長が必要と認める書類を添え、市長に申請しなければならない。

（支給決定）

第7条 市長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、助成金を支給することを決定したときは、申請者に助成額その他必要な事項を加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金支給決定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

2 市長は、助成金を支給しないことを決定したときは、申請者に加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金不支給決定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

（助成金の請求）

第8条 前条第1項に規定する支給決定を受けた者は、加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金請求書（様式第4号）により、市長に請求するものとする。

（助成金の支払）

第9条 市長は、前条に規定する請求があったときは、審査のうえ請求者に助成金を支払うものとする。

(譲渡等の禁止)

第10条 この要綱による助成を受ける権利は、譲渡し又は担保に供してはならない。

(調査)

第11条 市長は、助成金の支給について必要があるときは、申請者（過去に助成の決定を受けていた者を含む。）に対し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、検査することができる。

(助成金の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正の行為によって、この要綱による助成を受けたものがあるときは、その者から当該助成を受けた額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13条 市長は、第7条に規定する支給決定を受けた者が、当該支給決定に係る更生医療に関し損害賠償を受けたときは、その価格の限度において医療費の全部若しくは一部を助成せず、又はすでに助成した医療費の額に相当する金額を返還させることができる。

(補則)

第14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)

1 この要綱は、令和2年4月1日に施行する。

(経過措置)

2 平成31年4月1日から令和2年3月31日までにされた申請に係る更生医療に係る自己負担額の助成については、平成31年度加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成事業実施要綱の規定を適用する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日に施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日に施行する。

(経過措置)

2 この要綱による改正後の自己負担の助成に関する規定は、この要綱の施行の日以後に申請のあった更生医療に係る自己負担額の助成について適用し、同日前に申請のあった更生医療に係る自己負担額の助成については、なお従前の例による。

別表（第5条関係）

| 療養区分 | 自己負担上限月額 |
|------------|--|
| 入院以外の療養の場合 | 指定自立支援医療機関ごとに1日につき600円(低所得者である場合には、400円)。ただし、同一の月に同一の指定自立支援医療機関においては2回を限度とする。 |
| 入院療養の場合 | 指定自立支援医療機関ごとに2,400円(低所得者である場合には、1,600円)。ただし、指定自立支援医療機関で連続して3月にわたり入院した場合の引き続く4月目以降は0円 |

備考 この表において、「低所得者」とは、通則実施要綱第3条第6号の規定に該当する者をいう。

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金支給申請書

年 月 日

加古川市長 様

| | |
|-------|--|
| 申請者氏名 | |
|-------|--|

下記のとおり申請します。
 なお、この申請にあたり、市が私及び世帯（※）に属する市民税課税状況を調査することに同意します。
 ※加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成制度における「世帯」とは、受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

| | | | | |
|-------------|-----------------|-----|-------------------------|-------|
| 受給者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 〒 ー | | |
| | 個人番号 | | 電話 () | ー |
| 受給者番号 | | | 自立支援医療受給者証に記載された自己負担上限額 | (円) |
| 指定自立支援医療機関名 | 病 院 又 は 診 療 所 名 | | | |
| | 薬 局 名 | | | |
| | 訪 問 看 護 事 業 所 名 | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 診療年月 | 年 月 ~ 年 月 | | | |
| 助成申請額 | | 円 | ※裏面に助成申請額の算定欄あり。 | |

| | | | |
|--------|--|---------|---|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 受給者本人（下記の欄への記入不要） <input type="checkbox"/> 受給者本人以外（下記の欄に記入） | | |
| 氏 名 | | 申請者との関係 | |
| 住 所 | 〒 ー | | |
| | | 電話 () | ー |

〈注意事項〉
 指定自立支援医療機関の発行した領収証を添付してください。

《裏面に続く→》

助成申請額の算定欄

| | | | | |
|----------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 診療年月 | 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院以外 | <input type="checkbox"/> 入院と入院以外 |
| 年 月分 | 自己負担額 (A) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成事業の自己 負担上限額 (B) | 円 | 円 | 円 |
| | 助成申請額 (A - B) | 円 | 円 | 円 |
| 助成申請額 の 合 計 | | 円 | | |

第 号
年 月 日

様

加古川市長

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | |
| 診療年月 | | 助成決定額 | |

（内訳）

| | 診療年月 | 診療区分 | 自己負担額(A) | 負担上限額(B) | 助成事業の自己助成額(A-B) |
|--------|------|------|----------|----------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 助成額の合計 | | | | | |

【問い合わせ先】

加古川市

電話：

第 号
年 月 日

様

加古川市長

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金不支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金の支給については、次の理由で不支給と決定しましたので通知します。

（理由）

【問い合わせ先】

加古川市

電話：

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金請求書

年 月 日

加古川市長 様

| | | |
|--------------|------|-------|
| 請求者 (受給者) | 住 所 | |
| | 電話番号 | () - |
| | 氏 名 | |
| | | |

下記のとおり、自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金を請求します。

記

請求金額 _____ 円

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------|-------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療年月 | 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 金融機関 | 銀行・信用金庫 農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | 支所・支店 ・出張所 | | | | | | |
| 預金種目 | 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|----|
| 検印 |
| |