

- 5 配偶者が精神又は身体の障害によって長期にわたって労働能力を失っているところの男子
- 6 配偶者が法令により長期にわたって拘禁されているためその扶養を受けることができない男子

(5) ○○市(町・村)医療福祉費支給に関する規則準則

昭和48年4月1日施行  
昭和52年1月1日全部改正  
昭和58年2月1日一部改正  
昭和59年10月1日一部改正  
昭和62年2月24日一部改正  
平成3年5月20日一部改正  
平成3年12月27日一部改正  
平成6年7月26日一部改正  
平成7年1月13日一部改正  
平成7年7月28日一部改正  
平成8年6月26日一部改正  
平成9年7月30日一部改正  
平成10年3月31日一部改正  
平成11年3月11日一部改正  
平成11年6月15日一部改正  
平成13年2月21日一部改正  
平成15年1月20日一部改定

(趣 旨)

第1条 この規則は、○○市(町・村)医療福祉費支給に関する条例(昭和○○年○○市(町・村)条例第○○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。

(社会保険各法)

第2条 条例第3条の規則で定める社会保険各法は、次のとおりとする。

- (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) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)

(医療福祉受給者証の交付申請)

第3条 条例第4条の規定による医療福祉費の支給を受けようとする者は、あらかじめ医療福祉受給者証交付申請書(様式第1号)を市(町・村)長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

- (1) 条例第5条第1項の規定に該当するもので、同条第3項の規定により医療福祉費

の支給を受けられる場合は同項に規定する事実を証明するに足る書類

(2) 転入者にあつては、条例第5条に規定する所得を証明するに足る書類

3 第1項の申請書を提出するにあつては、次の各号に定める書類を提出しなければならない。

(1) 医療保険の被扶養者にあつては、その旨を証する書類

(2) 条例第2条第3号及び第4号に該当する者にあつては、市(町・村)長が定める書類

(3) 条例第2条第3号ア(イ)に該当する者にあつては、同号に定める障害の程度を証する書類

(4) 条例第2条第3号ア(ウ)に該当する者にあつては、在学を証する書類

(5) 条例第2条第5号に該当する者にあつては、同号に定める障害の程度を証する書類  
(受給者証の交付)

第4条 市(町・村)長は、前条に規定する申請書に基づいて条例第3条に規定する対象者(以下「対象者」という。)であり条例第5条第1項各号に該当する者でないことを確認したときは、申請者に医療福祉受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

(受給者証の再交付申請)

第5条 医療福祉費受給者証の交付を受けている者(以下「受給者」という。)又は条例第4条第7項に規定する保護者等(以下「保護者等」という。)は、受給者証を破り、よごし、又は失ったときは、医療福祉費受給者証再交付申請書(様式第3号)を提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り、又はよごした場合には、前項の申請書にその受給者証を添えなければならない。

3 受給者又は保護者等は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、直ちにこれを市(町・村)長に返還しなければならない。

(医療福祉費の支給申請)

第6条 条例第4条第7項の規定による申請は、医療福祉費支給申請書(様式第4号)を市(町・村)長に提出して行うものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

(1) 条例第4条第8項に規定する保険医療機関等(以下「保険医療機関等」という。)

の発行する領収書又は国民健康保険若しくは医療保険の保険者が発行する療養費若しくは附加給付金の支給証明書

(2) その他市(町・村)長が必要と認める書類

3 第1項の申請書を提出するにあつては、受給者証を提示しなければならない。

(支給の決定)

第7条 市(町・村)長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査のうえ当該

申請に係る支給額を決定し、医療福祉費支給決定通知書（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。

（受療の手續）

第8条 対象者（妊産婦を除く。）は、条例第4条第8項の規定による医療、指定訪問看護又は指定老人訪問看護を受けようとするときは、保険医療機関等、指定訪問看護事業者又は指定老人訪問看護事業者に被保険者証又は組合員証及び受給者証並びに医療福祉費請求書（様式第6号）を提出しなければならない。

2 妊産婦の対象者は、条例第4条第10項の規定による医療又は指定訪問看護を受けようとするときは、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に被保険者証又は組合員証及び受給者証並びに医療福祉費申請書（様式第9号）を提出して支払うべき費用を支払わなければならない。

（災害等による損失等の計算の方法）

第9条 条例第5条第3項に規定する規則で定める額は、老人保健法の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（昭和58年政令第6号）第8条の規定による改正前の老人福祉法施行令（昭和38年政令第247号）第4条第3項及び第4項の例により計算するものとする。

（届出事項等）

第10条 条例第6条の規則で定める届出事項は、受給者又は保護者等に関し、次の各号に定める事項に変更があった場合とし、同条による届出は医療福祉費受給資格等変更届（様式第7号）に受給者証を添えて行うものとする。

（1）氏名

（2）住所

（3）条例第5条に規定する扶養義務者

（4）条例第5条に規定する所得の額

（5）条例第2条第1号に定める者の支払い口座等

（6）条例第2条第3号ア（イ）に定める者の障害の程度

（7）条例第2条第3号ア（ウ）に定める者の在学の状況

（8）条例第2条第5号に定める者の障害の程度

（9）対象者が加入している国民健康保険又は医療保険（以下「加入保険」という。）

の世帯主又は被保険者若しくは組合員

（10）対象者の加入保険の被保険者及びその所在地若しくは名称

（第三者の行為による被害の届出）

第11条 医療福祉費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、受給者又は保護者等は、第三者の行為による被害届（様式第8号）を速やかに市（町・村）長に提出しなければならない。

（添付書類の省略）

第12条 市（町・村）長は、この規則に定める申請書又は届出に添えて提出する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。

（受給者証の返還）

第13条 受給者が、条例第3条に規定する対象者の要件を欠くに至った場合は、速やかに受給者証を市（町・村）長に返還しなければならない。

#### 付 則

（施行期日）

1 この規則は、昭和52年1月1日から施行する。

（経過規定）

2 改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則（以下「旧規則」という。）第4条の規定により交付された医療福祉費受給者証は、この規則第4条の規定により交付されたものとみなし、旧規則の規定に基づいてなされている申請、届出その他の手続きは、この規則の相当規定に基づいてなされたものとみなす。

#### 付 則

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第6号に係る改定規定は、昭和58年4月1日以降の診療分から適用する。

2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正を施したうえ、なお使用することができる。

#### 付 則

1 この規則は、昭和59年10月1日から施行する。

2 この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定に基づく様式については、なお使用することができる。ただし、〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例（〇〇市（町・村）条例第〇号）第3条の規定に基づき、この規則の施行日以後の新たな対象者に関する様式第6号に係る改正規定を除く。

#### 付 則

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正を施したうえ、なお使用す

ることができる。

#### 付 則

- 1 この規則は、平成3年7月1日から施行する。
- 2 この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定に基づく様式については、なお使用することができる。

#### 付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

#### 付 則

- 1 この規則は、平成6年10月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

#### 付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

#### 付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

#### 付 則

- 1 この規則は、平成9年1月1日から施行する。

付 則

- 1 この規則は、平成10年1月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

付 則

- 1 この規則は、平成10年11月1日から施行する。

付 則

- 1 この規則は、平成11年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

付 則

- 1 この規則は、平成15年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定にかかわらず、この規則による改正前の〇〇市（町・村）医療福祉費支給に関する条例施行規則の規定による様式については、所要の補正をしたうえ、なお使用することができる。

受給者番号 ( . . . 変更) ) ( . . . 変更)

# 医療福祉費受給者証 (交付・更新) 申請書 (台帳兼用)

対象者の種別 (記号番号)	受給者氏名	性別	生年月日	父又は母の氏名		扶養義務者氏名			住所			
				続柄	続柄	続柄	続柄	続柄		続柄		
1 妊産婦 (6××)		男	MT						受父母扶			
2 乳児 (1××)		女	SH						受父母扶			
3 幼児 (2××)												
4 母子家庭の母子 (8××)												
5 父子家庭の父子 (7××)												
6 重度心身障害者 (3××)												
7 65歳以上重度 (5××)												
区分	前年の所得	扶養者数 (老人)	雑損	医療費	社会保険料	小規模共済	扶養本人 (該当○印)			免除に係る額	災害医療費	控除後の所得額
							障害	特	老寡勤			
受	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
父母	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
扶	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
受	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
父母	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
扶	円	( ) 人	円	円	円	円				円	円	円
加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	住所	住	所	付加給付状態	左の合計欄		現物	有 ( )		
							障害	特			償還	有 ( )
政・組・船・共・国												
政・組・船・共・国												



受給者証交付申請書理由	年	年	年	審査		年	年	年
				1 課税台帳	2 戸籍簿			
1. 新規発生による								
2. 転入してきたため								
3. その他								
申請年月日 . . .	申請所	申請氏名	申請書名	印	審査結果		上記のとおり、医療福祉費受給者証の交付を申請いたします。	殿
					該当	非該当		
					該当	非該当		
					該当	非該当		
受給者証の状況	更新年月日	消滅年月日	再交付年月日	身体障害者手帳		年金証書等		証書記号
	交付年月日			交付番号	交付年月日			番号
	. . .	. . .	. . .	障害名				支給開始月
	. . .	. . .	. . .	障害の等級				年
母子家庭の母子 父子家庭の父子 の該当理由	ア (ア) 死別 (イ) 障害 (ウ) 高校等 死別 イウ	離婚 その他 ( )		支払い口座	支払区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	備考		

(表)

福 医療福祉費受給者証			
記号番号	次		
氏名	男 女	明・大	年 月 日
		昭・平	
生年月日			
住所			
有効期間	自 平成 年 月 日		
	至 平成 年 月 日		
〇〇市(町・村) 印			
交付年月日	平成 年 月 日		

(裏)

### 注 意 事 項

- この証は、〇〇市(町・村)医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証です。すから、大切に保管して下さい。
- 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書及び印鑑を持参して下さい。
- 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに〇〇市(町・村)役場へ届け出て下さい。
- 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、速やかに、〇〇市(町・村)役場へ返還して下さい。
- その他おわかりにならないことは、〇〇市(町・村)役場窓口でおたずねください。

# 医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者 氏名			男
				明・大	年	月
			昭・平			

再交付申請 理由	
-------------	--

## 誓約書

受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市（町・村）に負担をかけないことを誓約いたします。

受給者

印

(注) 押印は、署名（自筆）の場合は、必要ありません。  
押印をば印に代えことは、差し支えありません。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

市（町・村）長 殿

申請者 住所

(受給者又は  
保護者) 氏名

印

(注) 押印は、署名（自筆）の場合は、必要ありません。  
押印をば印に代えることは、差し支えありません。

# 福 医療福祉費支給申請書

福 受給者証 記号番号	受給者氏名	男
		女

保険者名及び 被保険者証 記号番号	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
-------------------------	------	------------	---	---	---

医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名	
---------------------------	--

医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他（ ）	医療等 を受け た時期	平成	年	月	日から
			平成	年	月	日まで

医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)										円
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

年 月 日

〇〇〇市(町・村)長 殿      申請者 住 所  
(受給者又  
は保護者)氏 名      印

(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。  
押印をば印に代えることは、差し支えありません。

(注) 1. 添付書類

① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書

② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書

2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額及び他方による公費負担額及び高額療養費等を控除した額が支給されます。

3. ※欄は、市町村で記入します。

※		領収書等の金額	患者負担割合金額	薬剤一部負担金額	標準負担額
給 内 訳		円	① 円	② 円	③ 円
	控除額内訳			附加給付額	円
		他法公費負担額		その他	円
		高額療養費		控除額計 ④	円
訳		交付決定額	①+②+③-④ 円		

医療福祉費支給決定通知書

平成 年 月 日

殿

〇〇市(町・村) ㊦

平成 年 月 日付で申請のありました 殿に

かかる医療福祉費について、審査の結果、次のとおり決定しました

のでお知らせします。

なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌

日から起算して60日以内に〇〇市(町・村)長に対して異議の申立

をすることができます。

1. 承認

支給額 円

支払期日 月 日 (時～時)

上記のとおり支給を決定しましたので、受給者証および印鑑持参のうえ、

市役所(町・村役場……〇〇課)へおいで下さい。

2. 不承認

一部不承認

理由

(様式第6号)

医療機関・指定訪問看護コード

医科 歯科 調剤 訪問

福 医療福祉費請求書

有効期限 平成 年 月診療分まで

平成 年 月 日

殿

医療機関等の所在地及び名称  
開設者氏名

電話番号

印

平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

④ 受給者		受給者名		男女	
証記号		氏名		男	
番号		生年月日		明治 大正 昭和 平成	
被保険者証		保険種別		国・退・政・組・船・共・国組	
記号番号		保険者番号			
本人・家族区分		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
保険請求点数		点		患者負担割合	
保険請求金額		円		金額	
外来診療 実日数		日		外来・入院 の別	
外来自己 負担金額		500円× 回		円	
決定点数		点		外来 入院 訪問看護	
決定金額		円		円	
高齢 重度 者		請求点数		決定点数	
請求金額		円		決定金額	
入院日数		長期入院 該当・非該当		標準 負担 額	
食事療養		円		請求	
訪問日 (訪問看護)		日 ( . . . . . )		決定	
備考		780円× 日		※減額 円× 日	
		円		円	
		円		円	

(裏)

<医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意>

1. 茨城県外の医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この請求書によってかかることはできません。
2. この請求書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉費受給者証を医療機関の窓口へ提出して下さい。（老人保健法の適用を受けている方は、これらにあわせて健康手帳も提出してください。）「標準負担額減額認定証」（老人の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」）の交付を受けている方が入院する場合は、これらもあわせて提出してください。  
この請求書を提出しないと、医療保険各法の「一部負担金」等を支払うことになります。
3. この請求書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出してください。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。
4. 請求書の手持ちがなくなった場合は、すぐ住所地の市役所・町村役場へ申し出て下さい。この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示してください。
5. 入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、その満たない額）、月2回までの外来自己負担金をお支払いください。（重度心身障害者を除く。）但し、薬局では外来自己負担金をお支払いいただく必要はありません。

<医療機関等へのお願い>

この医療福祉費は、次の方法により請求してください。

1. この請求書は、診療又は訪問看護の翌月に作成する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）から記入してください。この場合、レセプトの上部欄外に㊟印を押してください。
2. 国保分（退職及び国保組合を含む。）についてはレセプトの下にこの請求書を重ね、国保以外のもの（退職及び国保組合を除く。）については一括して国保のレセプトの一番下に綴じ込み、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入漏れがあると返戻されますので、とくに注意してください。  
また、訪問看護の場合は、㊟受給者証を発行している各市町村へ直接送付してください。送付の際は、レセプトの写しを請求書の下に添付してください。
3. 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。
4. 患者負担限度額欄は、一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰのいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
5. 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・結核を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。
6. 保険請求金額欄は、訪問看護に該当した場合に記入してください。
7. 公費負担等の欄は、国保（退職及び国保組合を含む。）以外で精神・結核に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。  
また、訪問看護の場合は金額を記入してください。  
特定疾患、長期高額疾病、在総診等に該当した場合は、いずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
8. 患者負担割合・金額（基本利用料）の欄は、3割・2割・1割のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。  
また、老人（又は前期高齢者）の入院の場合又は特定疾患、長期高額疾病、在総診等に該当した場合、金額を記入してください。  
訪問看護を利用した場合は、 $[\text{「保険請求金額」} - \text{「公費負担額」}] \times \text{「患者負担割合 (0.3・0.2・0.1)}$ 」の算式により求めてください。
9. 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。（即日入院の場合は入院とし、外来自己負担金は徴収しないでください。）
10. 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入して下さい。500円未満の場合で、10円未満の端数金額が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払いと同様に取り扱ってください。
11. 老人保健法適用者の場合は、高齢重度者の欄の請求点数欄は点数を、請求金額欄は一部負担金をそれぞれレセプトから転記してください。
12. 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。
  - (1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。
  - (2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。
  - (3) 標準負担額の欄は、1日当たりの標準負担額の対象となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。
  - (4) 標準負担額の減額があったときは、※印欄に記入してください。
13. 訪問日の欄は、訪問した日数と（ ）内にその日を記入してください。

# 医療福祉費受給資格等変更届

受給者証の記号番号		受給者氏名	
-----------	--	-------	--

届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	ふりがな	ふりがな	
住所			
夫養義務者	対象者又はその父母との続柄 ( )	対象者又はその父母との続柄 ( )	
所得	円	円	
支払い口座等	支払区分 金融機関名 口座番号 預金種類 口座名称	支払区分 金融機関名 口座番号 預金種類 口座名称	
障害の程度	級	級	
学校等在学状況	学校名等	学校名等	
加入保険の世帯主 被保険者 組合員	世帯主 被保険者 組合員	世帯主 被保険者 組合員	
種別 被保険者の名称 所在地	政・組・船・共・国	政・組・船・共・国	
被保険者証の 記号番号			

医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

市(町・村)長 殿

住所  
届出者  
氏名



(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。  
押印をば印に代えることは、差し支えありません。

医  
受  
記

その

(日)

疾  
状

第三  
及住所  
な

示

損

上言



第三者の行為による被害届

医療福祉費 受給者証 記号番号		氏名	明・大	昭・平	年 月 日生
			対象者		
その事故の要旨等 (日時, 場所, 状況等)					
疾病又は負傷の 状況					
第三者の住所(居所) 及び氏名(名称), 日時 住所(居所)が明らかで ない時はその旨					
示談の有無		有・無 (示談があった場合は示談書の写しを添えること)			
損害賠償金の額					
上記金額の受領年月日 (見込)		平成 年 月 日			
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>市(町・村)長 殿</p> <p>受給者又は 住所</p> <p>届出人 氏名 氏名 保護者等</p> <p>(注) 押印は, 署名(自筆)の場合は, 必要ありません。 押印をぼ印に代えることは, 差し支えありません。</p> <p style="text-align: center;">(印)</p>					

決	市町村長		課長	係長	課員	受付	年月日
						伺い	年月日
裁	支給内訳	支給申請額 (領収金額-外来自己負担金額) ①			円	支給	年月日
		高額療養費 ②			円	左のとおり決定して よろしいか。	起案者
		付加給付額 ③			円		
		差引支給額 ①-(②+③)			円		

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード	
有効期限					年	月診療分まで

(福) 妊産婦医療福祉費支給申請書  
(月診療分)

④ 受給者証記番号	茨一	受給者名	
被保険者証記番号		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
本人・家族区分		保険種別	国・退・政・組・船・共・国組
保険請求点数	点	公費負担等	点
	精・結	訪問看護	点
	特定疾患 ⑤ 長期高額疾病 ⑥		(ア) 患者負担割合 金額
外来診療実日数	日	外来自己負担金額	500円× 回 円
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準負担額	円× 日
食事療養	円		(イ) 円
訪問日 (訪問看護)	日 ( . . . . . )		
医療機関等欄	上記のとおりその費用を領収しました。 なお、上記内容については、レセプト原本と相違ありません。 年 月 日 保険医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名 電話番号 ⑦		
申請欄	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無
	上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 市(町村)長 殿 受給者氏名 ⑧ (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。		

※ 注 ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。  
② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。  
③ 申請欄には、必ず氏名を記入してください。

(裏)

<医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意>

1. 茨城県外の医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この申請書によってかかることはできません。
2. この申請書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉費受給者証を医療機関の窓口へ提出し、医療保険各法の「一部負担金」等を支払ってください。お支払いいただいた「一部負担金」等は、後日、住所地の市役所・町村役場から償還されます。  
なお、入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、当該満たない額）、月2回までの外来自己負担金額を控除した額が償還されます。償還額が生じない場合の申請については、医療福祉費決定通知書は省略します。
3. この申請書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出して下さい。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。
4. 申請書の手持ちがなくなった場合は、すぐ住所地の市役所・町村役場へ申し出てください。  
この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示して下さい。
5. 申請欄内の一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無の欄には、この申請書を医療機関等に提出する月に、同一医療機関等で、2万1千円以上、医療保険各法の「一部負担金」等の額を支払った家族の有無について、該当する方を○印で囲んでください。
6. 申請欄に、必ず氏名を記入し、印鑑を押してください。

<医療機関へのごお願い>

この申請書は、次の方法により証明してください。

1. この申請書は、診療又は訪問看護の翌月に作成する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）から記入して下さい。この場合、レセプトの上部欄外に㊟印を押してください。
2. この申請書は、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入漏れがあると返戻されますので、とくに注意してください。
3. 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。
4. 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・結核を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。
5. 公費負担等の欄は、国保（退職及び国保組合を含む。）以外で精神・結核に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。  
また、訪問看護の場合は金額を記入してください。  
特定疾患、長期高額疾病に該当した場合は、いずれか該当する箇所を○印で囲んでください。
6. 患者負担割合、金額（基本利用料）の欄は、特定疾患又は長期高額疾病に該当した場合は、金額を記入してください。  
訪問看護を利用した場合は、[「保険請求金額」－「公費負担額」]×「患者負担割合（0.3）」の算式により求めてください。
7. 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれかに該当する箇所を○印で囲んでください。
8. 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入してください。500円未満の場合で、10円未満の端数が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払と同様に取り扱ってください。
9. 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。
  - (1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。
  - (2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。
  - (3) 標準負担額（イ）の欄は、1日当たりの標準負担額の対象となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。
  - (4) 標準負担額の減額があったときは、※印（ウ）に記入してください。
10. 領収金額の欄は、（ア）＋（イ）又は（ウ）の合計金額を記入してください。
11. 訪問日の欄は、訪問した日数と（ ）内にその日を記入してください。
12. 医療機関等証明欄は、医療保険各法の「一部負担金」を領収したうえで、開設者氏名印等を記入してください。その際、受給者から証明手数料は徴収しないでください。

## 4. 資格関係

(1) 母子家庭の母子の認定について

〔昭和52年2月2日付医福 第52号〕  
各市町村長あて 生活福祉部長通知

母子家庭の母子の認定に当たって、母子福祉法第5条第1項第5号に規定する「配偶者が精神又は身体の障害により長期にわたって労働能力を失っている女子」の運用については、配偶者が重度心身障害者でいわゆる㊦に該当する場合には対象者とする取扱いとし、それ以外に労働能力を失っている場合に関しては、留保検討することとしてきたところです。その後、検討の結果、医療福祉制度の本旨にかんがみ、下記により取り扱うことにしたのでご了解願います。

なお、この取扱いは、昭和52年2月1日以後について適用することとします。

記

1. 配偶者が、内臓疾患等である場合において、㊦の重度心身障害者に該当しないときにおいても「結核の治療指針」（昭和38年6月7日保発第12号各都道府県知事あて厚生省保険局長通達）に掲げる安静度表の安静度が1度から5度までに該当し、1年以上にわたる場合は、その1年を経過した日から配偶者のない女子として取り扱うこと。なお、1年以上にわたって安静度が1度から5度までに該当しているか否かの認定に当たっては、医師の証明書若しくは診断書又は総括安全衛生管理者の証明書により確認すること。おって、上記安静度表は、別添のとおりである。  
(安静度6及至8度に該当するときは、労働能力を失っている場合に該当しない。)
2. 配偶者が精神障害である場合で、入院が1年以上にわたったときは、配偶者のない女子として取扱うこと。その認定に当たっては、1年以上にわたって入院している旨の医師の証明書又は診断書により確認すること。

# 安 静 度 表

第1表の(1) 安静1～5度 (仕事を休み病院・療養所または家庭で療養する) 日課時間表

安静度	1		2		3		4		5	
	絶対安静		終日横になっている		短時間離床してよいが主に横になっている		午前午後それぞれ安静時間をとる		午後安静時間をとる	
午	6:30	起床 家を明るくし片づけて貰う	6:30	起床 同左	6:30	起床 自分の身の廻りを片づける	6:30	起床 同左	6:30	起床 同左
	7:00	洗面 ねたまま拭いて貰う	7:00	洗面 同左	7:00	洗面 洗面所でする	7:00	洗面 同左	7:00	洗面 同左
	7:30	朝食	7:30	同左	7:30	同左	7:30	同左	7:30	同左
前	8:00	絶対安静 何もしないで静かにねている	8:00	静臥 読書30分以内、ラジオ・テレビ1時間以内	8:00	静臥 読書1時間以内、ラジオ・テレビ可	自由時間		8:00	自由時間
							静臥 読書・ラジオ・テレビ可			
	12:00	昼食	12:00	同左	12:00	同左	12:00	同左	12:00	同左
午	12:30	絶対安静 何もしないで静かにねている	12:30	静臥 ラジオ可	12:30	自由時間	12:30	自由時間	12:30	自由時間
			1:00	絶対安静 何もしないで静かにねている	1:00	絶対安静 同左	1:00	絶対安静 同左	1:00	絶対安静 同左
			3:00	静臥 読書、ラジオ、テレビ合わせて1時間以内	3:00	静臥 読書、ラジオ、テレビ可	3:00	自由時間	3:00	自由時間
						自由時間				
	5:00	夕食	5:00	同左	5:00	同左	5:00	同左	5:00	同左
後	5:30	絶対安静 何もしないで静かにねている	5:30	静臥 ラジオ・テレビ合わせて1時間以内	5:30	自由時間	5:30	自由時間	5:30	自由時間
					6:00	静臥 ラジオ・テレビ可				
	8:00	就寝	8:00	就寝	8:00	就寝			9:00	就寝
									9:00	就寝

第1表の(2) 安静1～5度生活基準表（日課時間表を参照する）

	1	2	3	4	5	
食 事	ねたまま食べさせてもらう。	横になるか又は物にもたれて食べる。	食卓又は食堂で食べる。			
排 便	便器を使う。		便所へ行く。			
面 会 談	いけない。	安静時間以外の時間に連続15分以内	安静時間以外の時間に連続30分以内	安静時間以外の時間に連続1時間以内	安静時間以外の時間に連続1時間半以内	
歩 行	いけない。		室内のみ（最小限にとどめる）	室内のほか、庭先ならば短時間はよい。	室内のほか屋外散歩もよい（時間は医師の指示による）	
清 拭 と 入 浴	入浴はいけない。清拭は医師の指示による。	入浴はいけない。清拭は人にしてもらう。		入浴は1週1回以内（短時間内に、かつ、湯ざめせぬように）	入浴は1週1回以内（短時間内に、かつ、湯ざめせぬように）	
洗 髪	いけない。	人に拭いてもらう。	人に洗ってもらう。	自分で洗ってよい。		
外来受診	外来受診はいけないが、病状について常に医師と連絡を保つ。		月1回（ただし気胸等については医師の指示による）			
自由時間の内容	自由時間はない。		身のまわりの整理、談話、手紙を書く、縁先で休む、ラジオを聞く、テレビを見る。読書等いずれも室内でできる極めて軽いことに限る。	身のまわりの整理、談話、手紙を書く、縁先で休む、ラジオを聞く、テレビを見る。読書等のほか庭先へ出ること。入浴をしてよい。	身のまわりの整理、手紙を書く、ラジオを聞く、テレビを見る。読書、入浴、屋外散歩、主婦の場合は小家族ならば最小限の炊事はしてよい。	
禁止事項	日光浴、酒、煙草、体操、声楽、湯治等はいずれの安静度の人にも厳禁。					

第1表の(3) 安静6～8度（仕事についてよい）生活基準表

安静度		6	7	8
日 課		普通人の半人前の生活	普通人の7～8分目の生活	無理をしない普通生活
安静時間		帰宅後2時間絶対安静 夕食後身体をやすめる		
勤等 労働者、 学生	勤務時間	半日勤務		
	学課としての体操	休む		
	通勤（学）時間	なるべく短く、1時間以内にする。		
家庭 場 婦 合 人	炊事・洗い物・清 除・洗濯・買物・ 和洋裁その他の家事	最小限に止める、家族 が多ければ手伝ってもら う		
入 浴		なるべく短時間に切り上げ、あとは湯ざめのないように気をつける		
睡眠時間		就寝9時間半厳守、少なくとも8時間以上睡眠		
定期検診		1ヶ月に1回	1～3ヶ月に1回	3～6ヶ月に1回
共通の禁止事項		夜勤・超過勤務・夜学・スポーツ・海水浴・湯治・酒・煙草・勝負に耽ること		



## (2) 平成3年度制度改正について

〔平成3年5月24日付内かん〕  
〔各主管課長あて医療福祉課長通知〕

謹啓 時下益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

医療福祉制度の運営につきましては、日頃から格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、医療福祉制度の乳児及び母子家庭の母子の所得制限額の引き上げ並びに内部障害3級者への拡大につきましては、さきに「医療福祉対策の実施について（平成3年3月18日付け生活福祉部長通知）」によりその内容等を通知したところですが、下記に留意のうえ、平成3年7月からの医療福祉制度の適用について遺漏のないよう配意願います。

### 記

#### 1. 乳児及び母子の所得制限の運用について

(1) 受給者証更新時（7月1日現在）に適用した所得制限額を翌年6月30日まで使用する。

なお、所得制限額の認定にあたって使用する人的控除の額は、当該制限額に対応する遺族基礎年金（母子福祉年金等から移行した者）の額を準用する。

(2) 特定寡婦控除等については、市町村民税において適用を受けている者に対して人的控除を適用する。

#### 2. 内部障害3級者の認定について

(1) 障害福祉担当課所で所持する障害者手帳交付台帳等により身体障害者手帳3級で障害名が心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう又直腸若しくは小腸の機能障害とされる者の十分な把握を行うこと。

(2) 対象者に対し、6月中に申請を行うよう申請手続き、申請書受付日程、携行書類等について各本人あて通知すること。

(3) 内部障害3級者の認定にあたっては、身体障害者手帳3級の交付を受けている者で内部障害の程度が3級に該当する者に対して適用するものであること。従って他の外部障害と重複して3級の手帳の交付を受けている者については、内部障害の程度を確認すること。

(4) 福祉担当課、福祉事務所、民生委員等との連絡を密にし、制度の周知方について配意すること。

(3) 国民健康保険法及び老人保健法の住所地特例の創設に伴う医療福祉費受給者の取扱いについて

〔平成7年3月29日付医福第234号〕  
各市町村長あて 福祉部医療福祉課長通知

このことについて、国民健康保険法及び老人保健法の改正により、平成7年4月1日以後、下記該当施設に措置された被保険者等については、入所措置時に住所のあった市町村の国民健康保険及び老人医療に引き続き加入するという住所地特例が設けられました。

については、国民健康保険及び老人医療の医療福祉費受給者は、従来から保険従属で認定してきた経緯があることから、今後、住所地特例の適用を受けた医療福祉費受給者については、国民健康保険及び老人医療の加入している市町村で引き続き受給者証を交付することとしたので、今後の取扱い等よろしくお願いいたします。

住所地特例

- H7. 4. 1～ (1) 児童福祉施設への入所措置
- (2) 身体障害者更生援護施設への入所措置
- (3) 精神薄弱者援護施設又は心身障害者福祉協会の設置する福祉施設への入所措置
- (4) 養護老人ホーム又は特別養護老人ホームへの入所措置
- H7. 7. 1～ (5) 精神病院への入院措置
- (6) 結核療養所への入所命令
- H12. 4. 1～ (7) 介護保険施設への入所
- H13. 4. 1～ (8) 住所の異動を伴う長期入院一般

(4) 精神障害に係る認定基準について

〔平成8年10月31日付医福第1024号〕  
〔各市町村長あて 福祉部長通知〕

医療福祉制度の運営につきましては、日頃より格別のご尽力を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、平成8年10月11日付け老企第105号『「医療に関する申請及び届けについて」の一部改正について』により、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者に対する老人保健法第25条第1項第2号の規定による障害認定の取扱いを適用することとなりましたが、茨城県医療福祉制度における障害認定に係る認定基準については、従来どおり、国民年金法施行令別表1級に該当する障害年金受給権者に限られておりますので、取扱いにご注意願います。

(5) 参考様式

① 医療福祉費受給者証交付状況証明書交付申請書

受給者名					
福種別		受給者番号			
新住所					
旧住所					
<p>平成 年 月 日 市(町・村)に転出するので上記証明書の交付を申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p> <p>市(町・村)長殿</p>					
<p>【記載上の注意】</p> <p>1. 県外転出の場合は、申請する必要はありません。</p> <p>2. 申請者氏名は原則として受給者とし、乳幼児にあつては父母等となります。</p>					
決裁欄	市(町村)長	助役	課長	係長	係員
	<p>平成 年 月 日</p> <p>別記のとおり、証明書を交付してよろしいか。</p>				

② 医療福祉費受給者証交付状況証明書

医療福祉費 受給者証交付状況証明書										
氏名		M・T		年	月	日生	男女			
		S・H								男女
氏名		M・T		年	月	日生	男女			
		S・H								男女
氏名		M・T		年	月	日生	男女			
		S・H								男女
氏名		M・T		年	月	日生	男女			
		S・H								男女
居住地	新						変更年月日			
	旧						年 月 日			
所	所得	本人 (氏名)		配偶者又は父母 (氏名)		扶養義務者続柄 ( ) (氏名)				
		扶 人 (老扶 人) 障 人・特障 人 障・特障・寡・勤		扶 人 (老扶 人) 障 人・特障 人 障・特障・寡・勤		扶 人 (老扶 人) 障 人・特障 人 障・特障・寡・勤				
状況	年度分	所得額								
		控除額								
		控除後の所得額								
	年度分	所得額								
		控除額								
		控除後の所得額								
加入医療保険	保険種類	国・退・政・組・ 船・共・国組		被保険者証 記号番号	記号	番号				
	保険者番号			被保険者名			受給者と の続柄			
妊産婦出産予定日	年 月 日		種別	障・乳・幼・母・父・妊・高						
上記のとおり、受給者台帳記載事項と相違ないことを証明する。										
平成 年 月 日										
市(町村)長 <span style="float: right;">㊟</span>										

資料

⑥ 受給者証交付に係る住所地認定に関する考え方

		国保（保険従属）	社保・組合国保（住所地従属）
妊産婦		・妊産婦が国保加入している市町村で発行	・妊産婦の住所地で発行
乳 幼 児	原則	・乳幼児が国保加入している市町村で発行	・親権者（通常、父母）の住所地で発行
	例外		・父と母と住所地在異なる場合 →乳幼児と同居する父又は母の住所地で発行 【例】 父=A市 母=B市 →乳幼児と同居している父の 乳幼児=A市 住所地とする。 ・乳幼児と父母のいずれも同居していない場合 →当該家族の生活の本拠地となるべき乳幼児又は父若しくは母の住所地で発行 【例】 父=A市 母=B市(生活本拠地) →生活の本拠地である乳幼児=C市 母の住所地とする ・特殊の事情により親権者が県外に居住の場合 →乳幼児の住所地で発行
母 子 及 び 父 子	原則	・母子又は父子が国保加入している市町村で一括発行	・母子又は父子の住所地で一括発行
	例外	・母（父）と子が県内の異なる国保に加入している場合 →原則として母（父）が国保に加入している市町村で一括発行 ・母（父）と子のいずれかが県外の国保に加入している場合 →県内の国保に加入している母（父）又は子の当該市町村で県内の国保に加入している者の分のみ発行 【例1】 母=県内国保 →母が国保加入している市町村で母の分のみ発行とする。 子=県外国保 【例2】 父=県外国保 →子が国保加入している市町村で子の分のみ発行とする。 子=県内国保	・母（父）と子の住所地在異なる場合 →原則として母（父）の住所地で一括発行 ・母（父）と子のいずれかが県外に居住する場合 →県内に居住する母（父）又は子の住所地で県内に居住する者の分のみ発行 【例1】 母=県内 →母の住所地で母の分のみ発行とする。 子=県外 【例2】 父=県外 →子の住所地で子の分のみ発行とする。 子=県内 ・母（父）が県外居住者で、かつ、2人以上の子が県内の異なる住所地に居住している場合 →子のそれぞれの住所地で発行 【例】 母=県外 第一子=県内A市 →それぞれの子の住所地でそれぞれの子の分のみ発行とする。 第二子=県内B市 但し、生活の本拠がいずれかの子の住所地である場合は、当該子の住所地で子の分のみ一括発行する。 ※母（父）と子の住所が異なる場合は、両者に監護関係があることが前提となる点に注意
重 度	原則 例外	・本人が国保加入している市町村で発行	・本人の住所地で発行 ・20歳未満の公費負担等のない施設入所者で、かつ、親権者が県内にいる場合 →親権者の住所地で発行
高齢重度		老人保健法の医療受給者証交付の市町村で発行	