

掛川市告示第96号

掛川市重度心身障害者医療費助成要綱（平成17年掛川市告示第28号）の一部を次のように改正する。

平成30年7月10日

掛川市長 松 井 三 郎

第3条第2項第2号中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第12条の見出し中「更新申請」を「更新」に改め、同条第1項及び第2項を次のように改める。

第12条 受給者証は、毎年10月1日に更新する。

2 市長は、前項の規定による受給者証の更新に当たり、必要があると認めるときは、受給者に対し、受給資格者であることを証明する書類その他助成金の支給に関し必要な書類の提出を求めることができる。

様式第1号を次のように改める。

重度心身障害者医療費助成金受給者証交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者

印

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、受給者証の交付を申請します。

なお、受給者証の交付決定のため必要な場合は、市民税等の課税状況、生活保護受給状況等について、市長が関係部署の公簿（世帯員分を含む。）を閲覧することに同意します。

受付日※		年 月 日		受給資格※		有 ・ 無	
手帳交付日※		新規・変更・転入・更新		受給者証番号※		第 号	
		年 月 日		市民税課税状況※		課税 ・ 非課税	
申請者	住所	(電話番号)			生年月日	年 月 日	
	氏名				性別	男 ・ 女	
障害者	住所	(電話番号)			続柄		
	氏名				手帳番号	身体・療育・特児・精神 ----- 第 号	
		年1月1日現在の住所			市内 ・ 市外 ( )		
健康保険証	記号			番号	被保険者又は組合員の氏名		
	資格取得年月日	年 月 日					
保険者	名称					附加給付	
	保険者番号					有 ・ 無	
支払希望金融機関	銀行 金庫 農協			支店	口座種別	口座名義人	
				支所	普通当座	口座番号	

(注)

- ※印欄は、記入しないでください。
- 該当する文字を○印で囲んでください。

様式第3号を次のように改める。

様式第3号（第8条関係）

（表面）

重度心身障害者医療費助成金受給者証 ㊦（一般・後期高齢者・65歳以上新規）				
公費負担者番号				
受給者番号				
障 害 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 男・女
有効期間		年	月	日から 年 月 日まで
摘 要		給付制限 あり・なし		
		-----		
発行機関名 及び 印		静岡県 掛川市長 印		
交付年月日		年	月	日

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 医療機関等で診察を受ける時は、この証を必ず被保険者証と一緒に医療機関等の窓口で提示してください。
- 3 医療費の自己負担分は、医療機関等の窓口でいったんお支払いください。
- 4 この証は、県外の医療機関では使用できません。県外の医療機関で受診した時は、本市が規定する書類により、本市へ助成金の交付申請をしてください。
- 5 次の場合は必ず本市へ届け出てください。
  - (1) 住所や氏名を変更したとき。
  - (2) 加入保険に変更があったときや加入保険の附加給付の内容に変更があったとき。
  - (3) 助成金の振込先の口座に変更があったとき。
- 6 県内の他の市町へ転出した場合は、転出先の市町で新たに受給者証の交付を受けてください。
- 7 この証を破損したり、紛失したときは、再交付を受けてください。
- 8 受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。