

**改正**

平成15年6月23日条例第12号

平成18年3月15日条例第10号

平成18年9月15日条例第21号

平成19年3月30日条例第13号

平成20年3月31日条例第9号

平成25年3月13日条例第14号

令和5年6月21日条例第18号

益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例

益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例(昭和58年益城町条例第12号)の全部を改正する。

(目的)

**第1条** この条例は、重度心身障害者の福祉の増進を図るため、予算の範囲内で医療費の一部を助成することに関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

**第2条** この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 重度心身障害者

ア 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳(以下「身障手帳」という。)の交付を受けた者(以下「身障手帳所持者」という。)で、その障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める身体障害者障害程度等級表(以下「身障等級表」という。)の1級又は2級に該当する者

イ 熊本県療育手帳交付要項により、療育手帳の交付を受けた者で、その知的障害の程度が、最重度(A1)又は重度(A2)に該当する者

ウ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令(昭和50年政令第207号)別表第1号に該当する者(以下「福祉手当受給相当者」という。)

エ 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条の規定により、精神障害者保健福祉手帳(以下「障害者手帳」という。)の交付を受けた者(以下「障害者手帳所持者」という。)で、その障害の程度が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施

行令（昭和25年政令第155号）第6条第3項に定める障害等級1級に該当する者

(2) 受給資格者

前号に定める重度心身障害者で、次のすべてに該当し、町長が医療費助成対象者として認定した者。ただし、町長が必要と認める場合は、この限りではない。

ア 満1歳以上の者

イ 町内に住所を有する者（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19条第3項並びに同法附則第4条及び第18条の規定の例により益城町以外の市町村が支給決定を行うべき者を除く。）又は、町外に住所を有する者であって、法第19条第3項並びに同法附則第4条及び第18条の規定の例により益城町が支給決定を行うべき者

ウ 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者

(3) 医療保険各法

ア 健康保険法（大正11年法律第70号）

イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）

ウ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）

オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

カ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

キ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

(4) 医療費

疾病又は負傷について、前号に規定する保険給付の対象となる費用。ただし、入院時食事療養費、入院時生活療養費、移送費、家族移送費及び傷病手当金を除く。

(5) 一部負担金

第3号の規定により、保険給付を受ける者が負担すべき額（他の法令等により国又は地方公共団体の負担により給付されるいわゆる公費負担医療がある場合は、その額を控除した額）

(6) 自己負担額

当該助成事業において、受給資格者が負担すべき額

（助成対象経費）

**第3条** 町長がこの条例により助成することのできる経費（以下「助成対象経費」という。）は、前条に規定する一部負担金の額から次の各号に掲げる額を控除した額とする。

(1) 自己負担額

ア 入院の場合において、同一月の診療分について、一医療機関等につき 2,040円

イ 入院外の場合において、同一月の診療分又は施術分について、一医療機関等につき 1,020円

(2) 高額療養費等の額

前条第3号の規定による高額療養費の額及び組合管掌健康保険等の規定による附加給付の額

2 助成対象経費には、生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条の規定による医療扶助及び交通事故等による第三者からの賠償として支払われる医療費を含まない。

（受給資格者の認定）

**第4条** 重度心身障害者が受給資格者の認定を受けようとするときは、本人又はその保護者が、規則の定めるところにより受給資格者認定申請をしなければならない。

2 前項の申請があった場合、町長は、規則の定めるところにより内容を審査し、適当と認めるときは、当該重度心身障害者を受給資格者として認定し、受給資格者台帳に登録するものとする。

（受給資格者証の交付）

**第5条** 前条の規定により受給資格者として認定を受けた者について、規則の定めるところにより受給資格者証を交付するものとする。

（支給の制限）

**第6条** この条例による医療費の助成の支給制限については、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第20条から第23条までに定める障害児福祉手当の支給の制限に係る規定を準用する。ただし、所得確認の対象者は、受給資格者及び受給資格者と生計を一にする父母（既婚者にあつては配偶者）、子とする。

（助成金の申請）

**第7条** 医療費の助成申請は、規則に定める重度心身障害者医療費助成申請書により行わなければならない。

2 前項の申請は、原則として各診療月を単位として行うものとする。

3 第1項の申請は、受給資格者が医療の給付を受けた日の属する月の翌月から起算して1年を経過した月の翌月以降においてはすることができない。

（助成金支給の決定）

**第8条** 町長は、前条の申請書について内容を審査し、適当と認められた申請者に対しては規則の定めるところにより速やかに助成金を支給するものとする。

(助成金給付の始期及び終期)

**第9条** この条例による医療費の助成は、受給資格者が第4条第1項の規定による認定申請をした日の属する月の翌月の診療に係る医療費から始め、受給資格者としての要件が消滅した日又は本人が死亡した日の属する月で終わるものとする。

(届出の義務)

**第10条** 受給資格者は、規則に定める事項について異動があった場合は、その規定に基づいて速やかに受給資格者異動届を町長に提出しなければならない。

(助成金の返還)

**第11条** 町長は、偽りその他不正の行為によって助成金の給付を受けた者がいるとき、又は一部負担金の変更その他の理由により過払いが生じたときは、当該給付を受けた者から当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(権利の譲渡の禁止)

**第12条** この条例による助成金を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供することができない。

(委任)

**第13条** この条例の施行に関し、必要な事項は規則で定める。

## 附 則

- 1 この条例は、平成9年8月1日から施行し、改正後の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例の規定は、平成9年8月1日以降に行われた診療に係る医療費について適用する。ただし、平成9年7月31日以前に行われた診療に係る医療費については、改正前の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例の規定を適用する。
- 2 改正前の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例に基づいて認定された受給資格者は、改正後の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例に基づいて認定された受給資格者とみなす。

## 附 則 (平成15年6月23日条例第12号)

この条例は、公布の日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

## 附 則 (平成18年3月15日条例第10号)

この条例は、平成18年4月1日から施行し、平成18年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

## 附 則 (平成18年9月15日条例第21号)

この条例は、平成18年10月1日から施行し、平成18年10月1日以後の診療に係る医療費から適用

する。

**附 則**（平成19年 3 月30日条例第13号）

この条例は、平成19年 4 月 1 日から施行し、平成19年 4 月 1 日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**（平成20年 3 月31日条例第 9 号）

この条例は、平成20年 4 月 1 日から施行し、平成20年 4 月 1 日以後の診療に係る医療費から適用する。

**附 則**（平成25年 3 月13日条例第14号）

この条例は、平成25年 4 月 1 日から施行する。

**附 則**（令和 5 年 6 月21日条例第18号）

（施行期日）

1 この条例は、公布の日から施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。

（経過措置）

2 この条例による改正後の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例の規定は、令和 5 年 4 月 1 日（以下「適用日」という。）以後の診療又は施術に係る医療費について適用し、適用日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。

**改正**

平成16年1月26日規則第6号

平成24年3月21日規則第5号

平成28年3月31日規則第22号

平成28年12月28日規則第44号

益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則

益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則（昭和58年益城町規則第7号）の全部を改正する。

（目的）

**第1条** この規則は、益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例（平成9年益城町条例第14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。

（認定申請）

**第2条** 条例第4条に規定する受給資格者認定申請は、益城町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類等を添えて町長に提出することによって行うものとする。

（1）受給資格者の障害の程度を明らかにすることができる次のいずれかの書類

ア 身障手帳（条例第2条に定める「身障手帳」をいう。）

イ 療育手帳（条例第2条に定める「療育手帳」をいう。）

ウ 障害者手帳（条例第2条に定める「障害者手帳」をいう。）

エ 障害児福祉手当、福祉手当又は特別障害者手当（以下「福祉手当等」という。）の認定通知書

オ 障害の程度を明らかにする診断書（障害児福祉手当、福祉手当又は障害基礎年金の様式によること。）

（2）医療保険の被保険者証

（3）世帯全員の住民票の写し

（4）受給資格者、その父母（既婚者にあつては配偶者）及び子の所得に関する証明書

（5）その他町長が必要と認める書類

（受給資格者証の交付及び受給資格者台帳への登録）

**第3条** 条例第4条第2項の規定により受給資格者として認定を受けた者に対しては、益城町重度心身障害者医療費受給資格者証（別記第2号様式。以下「受給資格者証」という。）を交付するとともに、益城町重度心身障害者医療費受給資格者台帳（別記第3号様式。以下「受給資格者台帳」という。）に所定の事項を登録するものとする。

（却下通知）

**第4条** 条例第4条第2項に定める審査の結果、認定が不適当とされた者については、益城町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請却下通知書（別記第4号様式）により却下の通知をするものとする。

（所得状況の確認）

**第5条** 町長は、毎年7月1日から7月20日までの間に、条例第6条の規定に係る所得状況を確認し、受給資格者台帳にその結果を記載するものとする。

2 第2条の規定により認定申請時に行う所得確認又は前項の規定により定期に行う所得確認は、申請者又は受給資格者等から委任状（別記第5号様式）の提出があった場合には、当該者が提出する所得に関する証明書に替えて、税務主管課の町民税課税台帳により行うことができるものとする。

3 第2条の規定により認定申請時に行う所得確認又は第1項の規定により定期に行う所得確認の結果、所得制限に該当すると認められた受給資格者に対しては、益城町重度心身障害者医療費助成停止通知書（別記第6号様式）を交付しなければならない。

（助成金の申請）

**第6条** 条例第7条に規定する助成申請は、益城町重度心身障害者医療費助成申請書（別記第7号様式）により行うものとする。

（助成金の支給）

**第7条** 条例第8条の規定に基づいて助成金の支給を行う場合において、受給資格者に係る条例第3条第1項に規定する一部負担金の額が医療保険各法の規定による高額療養費の支給に当たっての合算（以下「世帯合算」という。）の対象となるときは、受給資格者及びその属する世帯のその他の構成員（受給資格者との世帯合算の対象とならない者を除く。）について、国民健康保険法適用者にあつては、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書により、その他の医療保険適用者にあつては、各保険者の発行する高額療養費決定通知書等を医療費助成申請書に添付させることにより世帯合算の適用の有無を確認のうえ、支給すべき額を決定するものとする。

2 前項の決定を行う場合において、世帯合算の適用があるときの助成対象経費は、世帯合算適用

後の一部負担金等の負担限度額（組合管掌健康保険等の規定による附加給付があるときは、当該附加給付額を控除した額）に、世帯合算適用前における受給資格者に係る一部負担金等の額の世帯合算の対象となった当該世帯の一部負担金等の額に対する割合を乗じて得た額とする。

- 3 町長は、前2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは医療機関に支払われた受給資格者に係る一部負担金等の額を助成対象経費とみなして支給額を決定することができる。この場合において、当該支給決定額が前2項の規定により算定した額を超えるときは、当該超える額を返還させ、又は国民健康保険による高額療養費として支給すべき額から控除し、若しくは当該申請に係る月の翌月以降の分に係る支給額から控除するものとする。
- 4 前項の適用を受けようとする者は、高額療養費決定通知書等の交付があったときは速やかに町長に提出しなければならない。
- 5 助成金の支給の決定については、益城町重度心身障害者医療費助成決定通知書（別記第8号様式）により行うものとする。

（助成金給付の終期）

**第8条** 条例第9条に規定する受給資格者としての要件が消滅した日とは、次の各号に掲げる日をいう。

- （1） 条例第2条に規定する受給資格者に該当しなくなった日
- （2） 条例第5条の規定により交付された受給資格者証に期間の定めがあった場合で、その期限が終了した日

（届出の事項）

**第9条** 条例第10条に規定する届出をしなければならない事項は、次に掲げる事項とする。

- （1） 受給資格者又は保護者の氏名の変更又は本町内における住所の変更
- （2） 受給資格者に係る医療保険の種別、内容その他の変更
- （3） 前条に規定する受給資格者としての要件の消滅

- 2 前項の届出は、益城町重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書（別記第9号様式）により行うものとする。

（受給資格の喪失）

**第10条** 前条第1項第3号の規定による届出により受給資格者としての要件が消滅したと認められた者又は町長が受給資格者としての要件に該当しなくなったと認めた者に対しては、益城町重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書（別記第10号様式）により通知するものとする。

（助成金の返還）



**第11条** 条例第11条に規定する助成金の返還通知は、益城町重度心身障害者医療費助成金返還通知書（別記第11号様式）により行うものとする。

（雑則）

**第12条** この規則に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

**附 則**

この規則は、平成9年8月1日から施行し、改正後の益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成9年8月1日以降に行われた診療に係る医療費について適用する。

**附 則**（平成16年1月26日規則第6号）

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

**附 則**（平成24年3月21日規則第5号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

**附 則**（平成28年3月31日規則第22号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 処分その他の行為についての不服申立てであってこの規則の施行前にされた処分その他の行為に係るものについては、なお従前の例による。

**附 則**（平成28年12月28日規則第44号）

1 この規則は、平成29年1月1日から施行する。

2 改正前の重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の様式は、その残品の存する間、なお、使用することができる。

別記第1号様式（第2条関係）

益城町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請書

益城町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。

対 象 障 害 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	個人番号					
	住 所					
	障 害 の 状 況	身 体 障 害 者 手 帳	1級・2級 障害名（ 再認定年月	手帳番号	年 月	号
保 険 の 状 況	障 害 の 状 況	療 育 手 帳	A1・A2 次回判定年度	手帳番号	年度	号
	障 害 の 状 況	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	1級 有効期限	手帳番号	年 月 日	号
	障 害 の 状 況	福 祉 手 当 受 給 相 当 者	障害の種類（ 有期	年 月まで・無期		
	種 類	国保・協会・組合・共済・後期・その他（ ）				
保 険 の 状 況	記 号		番 号			
	被保険者氏名			対象障害者との続柄		
	保険者名			附加給付 有（	円）・ 無	
添 付 書 類	1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、福祉手当等認定通知書、診断書のいずれか 2 医療保険の被保険者証 3 世帯全員の住民票の写し 4 対象障害者、対象障害者の父母（既婚者にあつては配偶者）及び子の所得に関する証明書					

別記第2号様式 (第3条関係)  
(表)

益城町重度心身障害者医療費 受給資格者証			
受給資格者番号			
受給資格者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
交付年月日		年	月 日
有効期間		年	月 日から 年 月 日まで
交付機関 及び印	益城町長		

(裏)

注 意 事 項	
1	これは、重度心身障害者医療費の助成を受けられることを証明するものですから、大切に保管してください。
2	町に助成金の支給申請書を提出するとき又は助成金の支払いを受けるときは、必ずこれを提示してください。
3	次に書いてあることが生じたときは、必ず届け出てください。
	(1) 表面の記載事項に変更が生じたとき。
	(2) 受給資格者が生活保護法による保護を受けるなど他の法令等による公費負担の医療を受けるようになったとき。
	(3) 受給資格者が当町から転出又は死亡したとき。
	(4) ご加入の健康保険が変わったとき。

別記第3号様式 (第3条関係)

重度障害者医療費受給者台帳

受給者証番号																					
ふりがな																					
支給対象者	住所										被保険者氏名	支給対象者の続柄				住所	( 変更 )				
	年月日生(性別)											( 変更 )					( 変更 )				
ふりがな																					
受給者	住所										加入保険	保険種別		被保険者証の記号番号		( 変更 )					
	年月日生(性別)											( 変更 )		( 変更 )		( 変更 )					
	( 変更 )											支給対象者との続柄		( 変更 )		( 変更 )					
障害の状況	身体障害の状況	等級				区分			身体障害者手帳番号	発行号		保険者名	( 変更 )				所在地	( 変更 )			
		知的障害の状況	程度	判定機関	判定日			( 変更 )					( 変更 )								
	IQ				摘要			付加給付の有無		高額療養費代理受領委任状の有無		有・無									
	福祉年金 特児手当	証書記号 番号	第 号		第 号		福祉手当	有・無	有期認定	まで	他の公費負担	施設入居有無	有・無	申請事由	1 障害者の該当 2 転入 3 保険加入・変更 4 その他 ( )						
受給者証交付	年月日	摘要				所得制限	年月日	摘要				喪失	摘要				事由				
口座																					
備考																					

別記第4号様式（第4条関係）

益城町重度心身障害者医療費受給資格者認定申請却下通知書	
氏 名	
住 所	
却 下 理 由	
<p>年 月 日付けで重度心身障害者医療費受給資格者認定の申請がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で町長に審査請求をすることができます。</p> <p style="text-align: center;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">益城町長 印</p> <p>(申請者) 様</p>	

別記第5号様式（第5条関係）

委 任 状

私は、重度心身障害者医療費助成に関する所得調査に係る一切の権限を益城町福祉課長に委任します。

益城町長 様

年 月 日

住 所

氏 名

印

受給資格者番号	
---------	--

別記第6号様式（第5条関係）

益城町重度心身障害者医療費助成停止通知書			
受給資格者氏名		受給資格者番号	
住 所			
助成停止期間	年 月診療分から	年 月診療分まで	
<p>益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例第6条の規定により、上記のとおり医療費の助成を停止することにしましたので、通知します。</p> <p style="text-align: center;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">益城町長 印</p> <p>(受給資格者) 様</p>			

別記第7号様式（第6条関係）

益城町重度心身障害者医療費助成申請書						
益城町長 様		年 月 日				
		申請者 住所				
		氏 名			印	
		電話番号（			）	
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。						
申請者の記入欄	受給資格者氏名			生年月日	年 月 日	受給資格者番号
	当該月の他の世帯員の受診状況（高額療養費該当のみ）	氏名		医療機関	支 払 額	円
		氏名		医療機関	支 払 額	円
		氏名		医療機関	支 払 額	円
医療機関等の記入欄	診 療 月	年 月 分	患 者 氏 名			
	診 療 区 分		1 入院 2 外来 3 歯科 4 その他			
	公 費 負 担		有（法別番号） ・ 無			
	診 療 日 数	日	左記のとおり受領しました。			
	診 療 総 点 数	点	年 月 日			
	※柔整等の場合は、総医療費を記載し、点を円に修正すること。		医療機関番号			
	院 外 処 方	有 ・ 無	所在地			
	診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く)		名 称			
			氏 名			
			電 話 番 号			
		印				
町記入欄	一部負担金の額 ①		高額療養費の額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助 成 額 ①－(②+③+④)
	円		円	円	円	円

注1 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費等の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

注2 医療機関等の証明に代えて、医療点数等の記載のある領収証の添付による申請もできます。

益城町重度心身障害者医療費助成決定通知書

様

番 号  
年 月 日

益城町長 印

さきに申請のあった益城町重度心身障害者医療費助成については、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

1 助成決定

診 療 期 間	年 月 日から	月 日分まで
助 成 決 定 額	円	
支 払 年 月 日	年 月 日	

2 却 下

(理 由)



別記第9号様式（第9条関係）

益城町重度心身障害者医療費受給資格者  
異動届出書

益城町長 様

年 月 日

届出者 住 所

氏 名 印

下記のとおり、受給資格者に係る事項（に変更が生じた・が消滅した）ので、益城町重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。

変 更 事 項	氏名	新				受給資格者番号	
		旧					
	住所	新					
		旧					
	保 険	新	種 別		記号番号		
			被保険者名		受給資格者との続柄		
			保 険 者 名		附加給付		
		旧	種 別		記号番号		
			被保険者名		受給資格者との続柄		
			保 険 者 名		附加給付		

受 給 要 件 消 滅	1 町外に転出（転出先 _____）
	2 受給資格者の死亡（ _____ 年 月 日死亡）
	3 その他 <input type="checkbox"/>

添付書類

- ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証
- ・ 受給資格者証

別記第10号様式（第10条関係）

益城町重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書	
氏 名	
住 所	
受給資格喪失日	年 月 日
受給資格喪失理由	
<p>上記のとおり、重度心身障害者医療費の受給資格を喪失されましたので通知します。</p> <p>なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、書面で町長に審査請求をすることができます。</p> <p style="text-align: center;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">益城町長 印</p> <p>(受給資格者) 様</p>	

別記第11号様式（第11条関係）

益城町重度心身障害者医療費助成金返還通知書

番 号  
年 月 日

（申請者） 様

益城町長 印

さきに支給した重度心身障害者医療費助成金については、下記のとおり返還してください。

記

1 返還金

支 給 年 月 日	支 給 金 額	返 還 金 額
年 月 日	円	円

2 返還理由

3 納付期限 年 月 日

4 納付場所