

南九州市南九州市重度心身障害者医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 3 月 25 日

南九州市長 塗木弘幸

南九州市規則第22号

南九州市重度心身障害者医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

南九州市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（平成19年南九州市規則第81号）の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第4条関係)

(後期高齢者以外・後期高齢者(65歳以上))

整理番号										
重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書 南九州市長 殿 申請者 住所 [対象者又は保護者] 氏名 年 月 日										
対象者	住所									
	氏名				生年月日	年 月 日				
	身障者手帳番号	第	県号	障害の程度	手帳交付年月日	年 月 日				
	知指	能数	療育手帳番号	第	県号	障害の程度	次期判定年月	年 月		
保護者	住所									
	氏名				対象者との続柄					
対象者に係る医療保険	保険の種類	健保(協会・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保・後期高齢・地公								
	被保険者証	記号				番号	第 号			
	被保険者氏名				対象者との続柄					
	保険者氏名				付加給付	有・無				
	保険者所在地									
受給資格者証	記号				番号					
	身(身体障害者) 知(知的障害者) 精(精神障害者) 重(重複障害者)				第	号				

第3号様式を次のように改める。

第5号様式(第5条関係)

重度心身障害者医療費助成金
受給資格者証再交付申請書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 住 所
氏 名

申 請 理 由	1 やぶれた 2 よごれた 3 なくなった
該当する項目の番号 を○で囲んでくださ い。	
受給資格者証番号	第 号
対 象 者	氏 名
	生 年 月 日
	年 月 日 生

(注) 受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。

受 付 年 月 日	年 月 日				
再 交 付 年 月 日	年 月 日				

第6号様式から第8号様式までを次のように改める。

第6号様式(第6条関係)

重度心身障害者医療費助成金 受給資格者登録事項変更届				年 月 日		
南九州市長		様		届出者 住 所 氏 名		
受給資格者証番号		第 号				
		旧		新		
登	対 象 者	住 所				
		氏 名				
録	保 護 者	住 所				
		氏 名				
事 項	対 象 者 に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・後期高齢・地公		健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・後期高齢・地公	
		記 号 一 号 番 号	第 号		第 号	
	保 險 者 の 称					
	そ の 他 の 事 項 ()					
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情						
(注) 保護者が変わるときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。						
※ 下の欄は市で記入します。						
変 更 年 月 日		年 月 日		資格者証 変更交付		

第7号様式(第8条関係)

重度心身障害者医療費助成金 支給申請書(後期高齢者以外)					
					年 月 日
南九州市長 様					
申請者氏名				対象者氏名(続柄)	
申請者住所					
受給資格者証	第 号				
加入保険	被保険者氏名			記号・番号	
他の世帯員 の受給状況	氏名		病院名	支払金額	円
	氏名		病院名	支払金額	円
高額療養費支給回数 (診療月以前12月間の)	1, 2, 3 4回以上	回	対象者生年月日	年 月 日	

医療機関等証明書(この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。)

診察月	年 月 分		患者氏名		
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付に 係る一部負担 金	入院	円
	外来	点		外来	円
訪問看護療養費	円		訪問看護療養費に係る基本利用料		
うち他法制度負担分	点				
保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国			傷病発生 原因	第三者・その他
	保(若人・退職)・地公				
医療機関コード 医療機関等の所在地 名称 開設者氏名					年 月 日

※ この欄は、市で記入します。

区分	一部負担金又は 基本利用料 A	高額療養費 B	付加給付額その 他の控除額 C	自己負担金 (A+B-C) D	支給決定額 (D)
入院	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏面)

注意

- 1 「他の世帯員の受診状況」欄は、同一世帯の中で同月内に21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合について記入してください。
- 2 「高額療養費支払回数」欄は、過去12箇月に同一世帯の中で21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合、その回数を記入してください。
- 3 「医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1箇月分をまとめて記入してもらってください(なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください)。
- 4 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6箇月以内に行ってください。
- 5 この申請書を提出されるときは、受給資格者証を持参してください。

医療機関等へお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。
また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。

第8号様式(第8条関係)

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢者)			
南九州市長 様		年 月 日	
申請者氏名		対象者氏名(続柄)	
		対象者生年月日	年 月 日
申請者住所			
受給資格者証	第 号		
加入保険	被保険者氏名	記号・番号	

医療機関等証明書(この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。)

診察・月	年 月分(月 日 ~ 月 日)	患者氏名	
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療総点数	入院	点	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金 入院 区分 一般・低所得世帯・低所得世帯かつ老齢福祉年金受給者・特定疾患 金額 _____ 円
	外来	点	病200以上・病200未満・診定率・診定額 外来 区分 _____ (円× 回) 金額 _____ 円
訪問看護療養費	円	訪問看護療養費に係る基本利用料	区分 定率制・定額制(_____ 円× _____ 日) 金額 _____ 円
うち他法制度負担分	円		金額 _____ 円
処方せんを交付した医療機関の名称 _____			
医療機関コード 医療機関等の所在地 " 名称 開設者氏名			年 月 日

※ この欄は市で記入します。

区 分	一部負担金又は基本利用料 A	高 額 療 養 費 B	付加給付額その他の控除額 C	自 己 負 担 金 (A-B-C) D	支 給 決 定 額 (D)
入 院	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円
訪 問 看 護	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んで記入してください。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和8年2月4日から適用する。