

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月9日

四日市市長 田中俊行

四日市市規則第58号

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則（平成13年四日市市規則第31号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p><u>第13条</u> 受給資格者は、<u>条例第3条第3号に規定する障害者の配偶者及び扶養義務者の状況に変更があったとき又は条例第8条に規定する加入している医療保険の種類の変更により被保険者に変更があったときは、障害者医療費受給資格変更認定申請書（第11号様式）を市長に提出しなければならない。</u></p> <p>（受給資格証の返還）</p>	
<p><u>第14条</u> 受給資格者がその資格を喪失したときは、障害者医療費受給資格喪失届（第12号様式）を添えて、速やかに市長に受給資格証を返還しなければならない。</p>	<p>（受給資格証の返還）</p> <p><u>第13条</u> 受給資格者がその資格を喪失したときは、障害者医療費受給資格喪失届（第11号様式）を添えて、速やかに市長に受給資格証を返還しなければならない。</p>
<p><u>第15条</u> （略）</p>	<p><u>第14条</u> （略）</p>
<p><u>第16条</u> （略）</p>	<p><u>第15条</u> （略）</p>

第1号様式を次のように改める。

第1号様式 (第4条関係)

四日市市 障害者医療費受給資格認定申請書

四日市市長

年 月 日

下記のとおり障害者医療費受給資格の認定を受けたく申請します。

申請者 (対象者)	ふりがな					四日市市
	氏名	印				住所
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	個人番号					
加入医療保険	ふりがな	続柄				<input type="checkbox"/> 対象者と同じ
	氏名					住所
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	個人番号					
□以下、添付の被保険者証のコピーのとおり						
記号・番号					資格取得日 (認定年月日)	年 月 日
保険者の名称					保険者番号	
振込口座	銀行	支店	預金種別	店番号	ふりがな	
	金庫	支所	普通	口座番号	口座名義人	
	農協	出張所				

(注) 太枠の中についてご記入ください。

申請者 (対象者) の方以外のご家族について、裏面にご記入ください。

第1号様式 (第4条関係)

配偶者 市外宛番号 ( )		ふりがな		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所 電話番号 ( )										
		氏名	性別											
生年月日		年	月	日	性別			男			女			
個人番号		続柄												
ふりがな		続柄												
氏名		続柄												
個人番号		続柄												
ふりがな		続柄												
氏名		続柄												
個人番号		続柄												
ふりがな		続柄												
氏名		続柄												
個人番号		続柄												
扶養義務者 (配偶者以外の同居の親族)		続柄												
ふりがな		続柄												
氏名		続柄												
個人番号		続柄												

第11号様式を次のように改める。

# 四日市市 障害者医療費受給資格変更認定申請書

第11号様式(第13条関係)

四日市市長

年 月 日

下記のとおり障害者医療費受給資格変更の申請をします。

申請者 (対象者)	ふりがな 氏名 受給者番号	住所 四日市市 電話 ( )
	印	

加入医療保険	被保険者 (世帯主) (組合員)	住所	続柄	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 電話 ( )
	氏名 生年月日 個人番号	年 月 日 性別 男・女	続柄	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 電話 ( )
配偶者 市外宛番号 ( )	氏名 生年月日 個人番号	住所	続柄	電話 ( )
扶養義務者 (配偶者以外の同居の親族)	氏名 個人番号	住所	続柄	電話 ( )
	ふりがな 氏名 個人番号	住所	続柄	電話 ( )
	ふりがな 氏名 個人番号	住所	続柄	電話 ( )
	ふりがな 氏名 個人番号	住所	続柄	電話 ( )
	ふりがな 氏名 個人番号	住所	続柄	電話 ( )

(注) 太枠の中の変更があった箇所についてご記入ください。

第 1 1 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第12号様式(第14条関係)

四日市市 障害者  
一人親家庭等 医療費受給資格喪失届  
子ども

年 月 日

四日市市長

住所 四日市市

申請者 氏名 印

電話

障害者  
一人親家庭等  
子ども

医療費受給資格について、次の理由により受給資格を喪失

したので、受給資格証を添えて届出します。

受給資格証番号			
受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者住所			
資格喪失の理由	1 他市町村に転出 (転出年月日) 年 月 日 (転出先) <input type="checkbox"/>		
	2 死亡 (死亡年月日) 年 月 日		
	3 その他		
資格喪失年月日	年 月 日		

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(健康福祉部障害福祉課)