

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。

令和 8 年 3 月 2 6 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 5 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 1 3 年四日市市規則第 3 1 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>（助成の申請）</p> <p>第 9 条 （略）</p> <p>2 受給資格者が、<u>条例第 6 条の規定により</u>医療担当者等に受給資格証<u>又は個人番号カード</u>を提示し、医療担当者等が福祉医療費領収証明書（第 6 号様式）又は領収証明一覧表（第 7 号様式）を市長に提出したときは、前項の申請が受給資格者からあったものとみなす。</p>	<p>（助成の申請）</p> <p>第 9 条 （略）</p> <p>2 受給資格者が、<u>条例第 6 条に規定する</u>医療担当者等に受給資格証を提示し、医療担当者等が福祉医療費領収証明書（第 6 号様式）又は領収証明一覧表（第 7 号様式）を市長に提出したときは、前項の申請が受給資格者からあったものとみなす。</p>

第 1 号様式及び第 2 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認定申請書

四日市市長

以下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。

年 月 日

申請者 (対象者)	ふりがな											住所	四日市市									
	氏名												日中連絡のつく電話：									
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女														
	個人番号																					

代理申請 のとき	代理人 氏名											続柄	代理人 住所	日中連絡のつく電話：									
-------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	-----------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

配偶者	ふりがな											住所	<input type="checkbox"/> 申請者（対象者）と同じ									
	氏名												日中連絡のつく電話：									
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女														
	個人番号																					

配偶者以外の 同居親族 (扶養義務者)	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄
	氏名												氏名											
	個人番号																							
	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄
	氏名												氏名											
	個人番号																							
	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄

加入医療 保険	被保険者 (組合員) (国保は世帯 主)	ふりがな											住所	<input type="checkbox"/> 申請者（対象者）と同じ									
		氏名												<input type="checkbox"/> 申請者（対象者）と同じ									
		生年月日	年	月	日	性別	男	・	女														
		個人番号																					
<input type="checkbox"/> 添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり（※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの） <input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する【 国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険（社保） ・ 共済組合（地方・国家） ・ その他 】																							

振込口座	銀行	支店	普通	店番号											ふりがな										
	金庫	支所		口座番号											口座名義人										
	農協	出張所																							

この認定に際し、私及び配偶者、扶養義務者の世帯情報、所得・課税状況、住所要件、医療保険加入状況等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。また、助成を受けるために医療機関並びに、加入医療保険の保険者に対して四日市市が私の受診状況等について調査することを承諾します。助成金の支給において、既に支給した助成金の過払いがある場合は、相殺を受けることに同意します。

年 月 日

氏名
(対象者)

印
(自署又は
記名押印)

【特定扶養親族等確認欄】 前年または前々年の12月31日時点で16歳以上19歳未満であった税法上の扶養親族が いる いない

障害者医療費受給資格証			
受給者証番号			
受給資格者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
加入医療保険	被保険者氏名 <small>（世帯主・組合員）</small>		
	記号・番号		
	保険者の名称		
有効期限		年 月 日から	年 月 日まで
年 月 日 四日市市長			

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1. この証は、四日市市障害者の医療費の助成に関する条例により助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。 2. 県内の医療機関等で診療等を受けるときは、必ずマイナンバーカードまたは資格確認書とともに医療機関等の窓口へ提示してください。 ただし、マイナンバーカードで医療機関等が受給資格を確認できる場合は、この証の提示は不要です。 3. 県外の医療機関等で診療等を受けたときは、領収書及びこの証を持参のうえ、保険給付を受けた日の属する月の翌月の初日から2年以内に助成の申請をしてください。 4. 住所、加入している医療保険等に変更があったときは、市役所に届け出てください。 5. この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 6. 転出、死亡等により受給資格を失ったとき又は有効期限を経過したときは、この証を返還してください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和8年3月27日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式は、改正後の四日市市障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(健康福祉部障害福祉課)