

○豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則

平成5年3月31日

規則第30号

改正 平成6年3月31日規則第31号
平成7年7月7日規則第37号
平成7年10月20日規則第54号
平成9年3月31日規則第23号
平成9年7月31日規則第48号
平成9年11月12日規則第60号
平成10年2月12日規則第3号
平成12年3月31日規則第42号
平成15年3月31日規則第33号
平成18年3月31日規則第38号
平成20年3月31日規則第28号
平成21年3月31日規則第31号
平成25年3月28日規則第31号
平成26年3月28日規則第31号
平成26年3月28日規則第32号
平成26年6月19日規則第46号
平成27年12月17日規則第63号
平成28年3月14日規則第12号
平成29年3月29日規則第35号
平成30年3月28日規則第32号
令和元年6月25日規則第5号
令和2年6月19日規則第52号
令和2年12月18日規則第75号
令和3年3月29日規則第31号

豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例（平成5年豊橋市条例第19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。

(一部改正〔平成15年規則33号〕)

(社会保険各法)

第2条 条例第3条第1項第2号に規定する規則で定める法律は、次に掲げる法律とする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号。他の法律において準用する場合を含む。)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)

(一部改正〔平成9年規則23号・15年33号〕)

(受給者証の交付申請)

第3条 受給資格者又はその家族等は、精神障害者医療費受給者証交付申請書(様式第1又は様式第1の2)を市長に提出し、条例第7条第2項に規定する精神障害者医療費受給者証(様式第2又は様式第3。以下「受給者証」という。)の交付を受けるものとする。

2 前項の申請書の提出の際には、条例第6条第1項第1号に掲げる受給資格者にあつては第1号及び第2号、同項第2号に掲げる受給資格者にあつては第1号及び第3号に定める書類を提示しなければならない。

- (1) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者又は前条各号に掲げる法律による被保険者若しくは被扶養者であることを証する被保険者証、組合員証又は加入者証
- (2) 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)第54条第3項の規定により交付された精神通院医療に係る医療受給者証
- (3) 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条第2項に規定する精神障害者保健福祉手帳

3 受給者証の有効期間は、第1項の規定による申請のあつた日の属する月の初日(その者が同日において受給資格者でない場合は、受給資格者となつた日)からその者が受給資格者でなくなる日までとする。

(一部改正〔平成6年規則31号・7年37号・54号・12年42号・15年33号・18

年38号・20年28号・25年31号・26年32号・46号・28年12号・29年35号・30年32号])

(受給者証の更新申請等)

第4条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、精神障害者医療費受給者証更新申請書（様式第4）を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

2 前項の規定による申請には、前条第2項及び第3項の規定を準用する。この場合において、前条第3項中「第1項の規定による申請のあった日の属する月の初日（その者が同日において受給資格者でない場合は、受給資格者となった日）」とあるのは「前回の有効期間の末日の翌日」とする。

3 受給者は、受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに、当該受給者証を市長に返還しなければならない。

(追加〔平成20年規則28号〕、一部改正〔平成26年規則46号・28年12号・29年35号〕)

(受給者証の再交付)

第5条 受給者又はその家族等は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、精神障害者医療費受給者証再交付申請書（様式第5）を市長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合においては、前項の申請書に当該受給者証を添えなければならない。

3 受給者又はその家族等は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにこれを市長に返還しなければならない。

(一部改正〔平成6年規則31号・15年33号・20年28号・26年32号・46号・29年35号〕)

(精神障害者医療費の助成申請)

第6条 条例第9条の規定による医療費の助成の申請は、精神障害者医療費助成申請書（様式第6）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 受給者証
- (2) 条例第6条第1項に規定する医療の給付が行われたことを証明する書類
- (3) 当該医療に要した費用に関する証拠書類
- (4) 国民健康保険法又は第2条各号に掲げる法律による付加給付（以下「付加給

付」という。)があるときは、当該付加給付に係る支給決定通知書

(5) 前各号に掲げるもののほか市長が必要と認めた書類

(一部改正〔平成15年規則33号・20年28号・26年32号・46号・29年35号〕)

(助成額の決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、助成額を決定し、その旨を当該申請者に通知しなければならない。

2 医療費に係る付加給付があるときは、条例第6条の規定により算定された額から付加給付の額を控除するものとする。

(一部改正〔平成15年規則33号・20年28号・26年32号・46号・29年35号〕)

(医療費の助成の時期)

第8条 市長は、条例第10条第2項に規定する医療費の助成を、前条第1項の規定による通知の後に行うものとする。

(全部改正〔平成15年規則33号〕、一部改正〔平成20年規則28号・26年32号・46号〕)

(変更の届出)

第9条 条例第13条に規定するその他市長が定める事項とは、次に掲げるものをいう。

(1) 条例第6条第1項に規定する医療の給付を行う保険者(当該保険者の名称又は所在地に変更があったときを含む。)又は当該医療の給付内容

(2) 被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号

2 条例第13条に規定する届出は、精神障害者医療費受給資格等変更届(様式第7)に受給者証を添えて行なわなければならない。

(一部改正〔平成15年規則33号・20年28号・26年46号・29年35号〕)

(資格喪失の届出)

第10条 受給者が受給資格者に該当しなくなったときは、速やかに精神障害者医療費受給資格喪失届(様式第8)に受給者証を添えて、市長に届け出なければならない。

(一部改正〔平成15年規則33号・20年28号・26年32号・46号・29年35号〕)

(添付書類等の省略)

第11条 市長は、この規則の規定により申請書又は届書に添えて提出し、又は提示する書類等により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(一部改正〔平成15年規則33号・20年28号・26年46号〕)

(第三者の行為による被害の届出)

第12条 精神障害者医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、精神障害者医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、速やかに第三者の行為による被害届(様式第9)により市長に届け出なければならない。

(追加〔平成20年規則28号〕、一部改正〔平成26年規則46号・29年35号〕)

(精神障害者医療費の助成に関する処分の通知)

第13条 市長は、精神障害者医療費の助成に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を受給者、その家族等、第7条第1項の規定により助成額の決定の通知を受けた申請者その他当該処分の名宛人に通知しなければならない。

(一部改正〔平成9年規則48号・15年33号・20年28号・26年32号・46号〕)

(委任)

第14条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

(一部改正〔平成20年規則28号・26年46号〕)

附 則

この規則は、平成5年8月1日から施行する。

附 則(平成6年3月31日規則第31号)

- 1 この規則は、平成6年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式は、この規則による改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則(平成7年7月7日規則第37号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成7年10月20日規則第54号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成9年3月31日規則第23号)

この規則は、平成9年4月1日から施行する。

附 則(平成9年7月31日規則第48号)

この規則は、平成9年8月1日から施行する。

附 則(平成9年11月12日規則第60号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成10年 2 月12日規則第 3 号）

- 1 この規則は、平成10年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の各規則の規定に基づいて作成されている様式は、改正後の各規則の規定にかかわらず、当分の間これを使用することができる。
- 3 この規則の施行の際、現にこの規則の施行の日以後の各施設の使用について承認されている日が改正後の各規則に規定する休館日又は休止日に当たるときは、改正後の各規則の規定にかかわらず、当該日は当該施設の休館日又は休止日としない。

附 則（平成12年 3 月31日規則第42号）

この規則は、平成12年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成15年 3 月31日規則第33号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成15年 4 月 1 日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の様式第 2 の規定により交付されている精神障害者医療費受給者証は、当分の間、改正後の様式第 2 の規定により交付された精神障害者通院医療費受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式第 1 及び様式第 3 から様式第 6 までの様式は、改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則（平成18年 3 月31日規則第38号）

この規則は、平成18年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 3 月31日規則第28号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成20年 4 月 1 日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式は、改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則（平成21年 3 月31日規則第31号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式は、改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則（平成25年3月28日規則第31号）抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。ただし、第4条中豊橋市児童福祉法施行細則第11条、別表第1及び別表第2の改正は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 3 この規則の施行の際、改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則様式第2の規定により交付されている精神障害者通院医療費受給者証は、当分の間、改正後の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則第2の規定により交付された精神障害者通院医療費受給者証とみなす。

附 則（平成26年3月28日規則第31号）抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。（後略）

(豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正に伴う経過措置)

- 5 この規則の施行の際現に第7条の規定による改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づいて交付された精神障害者通院医療費受給者証及び精神障害者入院医療費受給者証は、それぞれ同条の規定による改正後の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づいて交付された精神障害者通院医療費受給者証及び精神障害者入院医療費受給者証とみなす。

附 則（平成26年3月28日規則第32号）

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成26年6月19日規則第46号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成27年12月17日規則第63号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に提出されている改正前の各規則の規定に基づいて提出されている様式(次項において「旧様式」という。)は、改正後の各規則の規定による様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式については、当分の間、所要事項を調整して使用することができる。

附 則 (平成28年3月14日規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成29年3月29日規則第35号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成29年12月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により交付されている精神障害者通院医療費受給者証及び精神障害者入院医療費受給者証は、それぞれ改正後の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により交付された精神障害者通院医療費受給者証及び精神障害者入院医療費受給者証とみなすことができる。
- 3 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式は、改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則 (平成30年3月28日規則第32号)

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則 (令和元年6月25日規則第5号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和元年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の各規則の規定に基づいて作成されている様式は、改正後の各規則の規定にかかわらず、当分の間これを使用することができる。

附 則（令和 2 年 6 月 19 日規則第 52 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 2 年 7 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により交付されている精神障害者医療費受給者証は、改正後の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により交付された精神障害者医療費受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際、現に改正前の豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定により作成されている様式は、改正後の豊橋市精神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、当分の間これを使用することができる。

附 則（令和 2 年 12 月 18 日規則第 75 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 3 年 1 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際現に提出されている改正前の各規則の規定に基づいて提出されている様式（次項において「旧様式」という。）は、改正後の各規則の規定による様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式については、当分の間、所要事項を調整して使用することができる。

附 則（令和 3 年 3 月 29 日規則第 31 号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1（第3条関係）

| | | | | | | | | |
|---|---------------|---------|-------|----------------|-------------------------|-----------------|--|---|
| 個人番号 | | | | 受給者番号 | | | | |
| 精神障害者医療費受給者証交付申請書 豊橋市長 様 年 月 日 申請者 住所 豊橋市 氏名 受給資格者との続柄（ ） 次のとおり精神障害者（ 精神通院・全疾患 ）医療費受給者証の交付申請をします。 | | | | | | | | |
| 受給資格者 | 住所 | 豊橋市 | | | 電話 | | | |
| | フリガナ氏名 | ----- | | | 生年月日 年 月 日 | | | |
| 保険の加入状況 | （世帯主） 被保険者 | 住所 | | | | 生年月日 年 月 日 | | |
| | | フリガナ氏名 | ----- | | | 年 月 日 | | |
| | 受給資格者との続柄 | | | | | | | |
| | 被保険者番号・記号 | 記号 | | | 番号 | ----- | | |
| 保険者の名称 | | (保険者番号) | | | 退職者医療 1 本人 2 被扶養者 | 職業(勤務先名称) 電話 | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | 自立支援医療費資格取得年月日 | 年 月 日 | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号・等級 | | | | 手帳番号 | | | | 級 |
| 精神障害者保健福祉手帳有効期間 | | | | 年 月 日～ | | 年 月 日 | | |
| 精神障害者(全疾患)医療費受給者証有効期間 | | | | 年 月 日～ | | 年 月 日 | | |

様式第1の2 (第3条関係)

| | |
|-----------------|--|
| 精神障害者通院医療費受給者番号 | |
|-----------------|--|

| 精神障害者医療費受給者証交付申請書 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|--|--|--|----|----------|--------|---------------|----------|---------|-------|--|
| 豊橋市長 様 | | | | | | | | | | 申請者氏名 | | | |
| 次のとおり精神障害者医療費（精神通院・全疾患）受給者証の交付申請をします。 | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | | | | | | | | | 年齢 | 歳 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| | 住所 | 豊橋市 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | |
| | 保護者の氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | 保護者の電話番号 | | | |
| | 保護者の住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者等記号・番号 | 記号 | | | | 番号 | | | | 保険者名 | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | | | | | | | | | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 該当する所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | | | 重度かつ継続 | | 該当・非該当 | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 号 | | | | | | | | 希望する支給認定の有効期限 | | 年 月 日まで | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。） | 医療機関名 | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | |

様式第2（第3条関係）

（表面）

| | |
|--|-------------------------|
| 愛知県内のみ有効 | |
| ㊦ 精神障害者通院医療費受給者証 （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の自立支援医療費のみ適用） | |
| 受給者番号 | |
| 受給資格者 | 住所 |
| | 氏名 |
| | 生年月日 |
| 有効期間 | 交付の日から自立支援医療受給者証の有効期間まで |
| 発行機関名印 | 豊橋市長 ㊦ |
| 交付年月日 | 年 月 日 |

この証は被保険者証に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A6とする。

(裏面)

注 意 事 項

1. この証は、本人以外は使用できません。
2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、自立支援医療受給者証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
3. 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を豊橋市長に返してください。
4. 氏名又は住所に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、豊橋市長にその旨を届け出てください。
5. 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に、豊橋市長にその旨を届け出てください。
6. 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。
7. 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、豊橋市長に返してください。ただし、引き続き自立支援医療の再認定を受けた場合においては、本受給者証の有効期間は自動的に延長されますので、返す必要はありません。
8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
(問合せ先)

【注】 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第3 (第3条関係)

(表面)

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| 愛知県内のみ有効 | |
| ㊦ 精神障害者医療費受給者証 (全疾患) (精神通院医療を除く。) | |
| 受給者番号 | |
| 受給資格者 | 住所 |
| | 氏名 |
| | 生年月日 |
| 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 発行機関名印 | 豊橋市長 ㊦ |
| 交付年月日 | 年 月 日 |

この証は被保険者証に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A6とする。

(裏面)

注 意 事 項

1. この証は、本人以外は使用できません。
2. この証は、精神通院医療（てんかん及び高次脳機能障害を含む。）は使用できません。精神通院医療は、「精神障害者通院医療費受給者証（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の自立支援医療費のみ適用）」を使用してください。
3. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
4. 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を豊橋市長に返してください。
5. 氏名又は住所に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、豊橋市長にその旨を届け出てください。
6. 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に、豊橋市長にその旨を届け出てください。
7. 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。
8. 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、豊橋市長に返してください。
9. 有効期間後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ精神障害者保健福祉手帳の更新手続を手帳の有効期間内に行ってください。
10. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(問合せ先)

【注】 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第4（第4条関係）

| | | | |
|---|---------------|----------------|-------------------------|
| 個人番号 | | 受給者番号 | |
| 精神障害者医療費受給者証更新申請書 豊橋市長 様 年 月 日 申請者 住所 豊橋市 氏名 受給資格者との続柄（ ） 次のとおり精神障害者（ 精神通院・全疾患 ）医療費受給者証の更新申請をします。 | | | |
| 受給資格者 | 住所 | 豊橋市 | |
| | フリガナ | 電話 | |
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | |
| | 氏名 | 年 月 日 | |
| 保険の加入状況 | （世帯主） 被保険者 | 住所 | |
| | | フリガナ | 生年月日 |
| | 氏名 | 年 月 日 | 受給資格者との続柄 |
| 被保険者番号 | 記号 | 番号 | |
| 保険者の名称 | （保険者番号） | | 退職者医療 1 本人 2 被扶養者 |
| 職業（勤務先名称） | | 電話 | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | 自立支援医療費資格取得年月日 | 年 月 日 |
| 精神障害者保健福祉手帳番号・等級 | | 手帳番号 級 | |
| 精神障害者保健福祉手帳有効期間 | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 精神障害者（全疾患）医療費受給者証有効期間 | | 年 月 日～ 年 月 日 | |

様式第5（第5条関係）

| | | | | | |
|--|---|------|--|---------|--|
| | | 個人番号 | | 受給者番号 | |
| <p>精神障害者医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>豊橋市長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 豊橋市</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p>次のとおり精神障害者（精神通院・全疾患）医療費受給者証を再交付してください。</p> | | | | | |
| 受給資格者 | フリガナ | | | | |
| | 住 所 | 豊橋市 | | | |
| 氏 名 | フリガナ | | | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 | |
| 申請理由 | <p>1 破 損</p> <p>2 汚 損</p> <p>3 紛 失</p> <p>事情をお書きください。</p> | | | | |

様式第6（第6条関係）

| 精神障害者医療費助成申請書 | | | | | | 年 月 日 |
|------------------------------------|----------------|--------------------------------|-------|----|-------|--------------|
| 豊橋市長 | | 様 | | | | |
| 住所 | | | | | | |
| 氏名 | | | | 電話 | | |
| | | | | | | 受給資格者との続柄（ ） |
| 下記のとおり精神障害者（精神通院・全疾患）医療費を助成してください。 | | | | | | |
| 記 | | | | | | |
| 医療費総額 | | 助成申請額 | | | 助成決定額 | |
| ※ 円 | | ※ 円 | | | ※ 円 | |
| 申 請 事 由 | | 1. 県外受診 2. 受給者証交付前受診 9. その他（ ） | | | | |
| 受給資格者 | 受給者番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | | 年 月 日 | | 電話番号 | |
| 加入保険 | 名 称 | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | |
| | 被保険者等 記号・番号 | | 記号 | | | 番号 |
| 振込先 | 銀行コード | | | | 支店コード | |
| | | | | | | |
| | 口座種別 | | 口座番号 | | 口座名義人 | |

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

.....
医 療 機 関 へ お 願 い

この証明欄は、豊橋市精神障害者医療費の助成に関する条例第9条の規定により医療費の助成を受ける場合に必要ですので証明してください。

| 保 険 診 療 証 明 欄 | | | | | |
|----------------------------|--|---------------|----------------|-----------------|---|
| 年 月 診療分 | | | | | |
| 支払額（保険診療分） | | 円 受給資格者氏名 | | | |
| 保 険 診 療 総 点 数 | | 点 | 自立支援医療 該当点数 | | 点 |
| | | 他法 公費負担点数 | | 点 | |
| 受 診 内 容 | | 入院外 日 又は 入院期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 上記の事項は事実と相違ありません。 年 月 日 | | | | | |
| 医療機関の {所在地 名称 医師氏名 | | | | | |

(注) 保険診療総点数欄は審査機関に請求した点数を記入してください。
受診内容欄は、入院外又は入院期間のどちらかを記入ください。

様式第7（第9条関係）

| | | | |
|--|--|-------------------|-------|
| | | 受給者番号 | |
| 精神障害者医療費受給資格等変更届 | | | |
| | | 年 月 日 | |
| 豊橋市長様 | | 届出者氏名 | |
| 次のとおり精神障害者医療費（精神通院・全疾患）について変更したいので届け出ます。 | | | |
| 受給資格者 | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | フリガナ | | |
| | 住所 | 豊橋市 | |
| | 個人番号 | | |
| 保護者 (受給資格者が18歳未満の場合記入) | フリガナ | | 続柄 |
| | 氏名 | | |
| | フリガナ | | |
| | 住所 | | |
| | 個人番号 | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 受給資格者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) | | |
| | 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) | | |
| | 保険の加入状況に関する 事項(被保険者等記号及び番号・保険者名・受給資格者と同一の加入者) | | |
| | 精神障害者保健福祉手帳 番号 | | |
| 備考 | | 変更年月日 | |
| | | 年 月 日 | |

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 受付者 | | 端末処理日 | |
|-----|--|-------|--|

様式第8（第10条関係）

| | | | | |
|---|--|-----|-------|-------|
| | 個人番号 | | 受給者番号 | |
| 精神障害者医療費受給資格喪失届 年 月 日 豊橋市長 様 住 所 豊橋市 届出者 氏 名 （電話 ） 受給資格者との続柄（ ） 下記のとおり精神障害者（精神通院・全疾患）医療費の受給資格を喪失しました。 記 | | | | |
| 受給資格者 | 住 所 | 豊橋市 | | |
| | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | | | |
| 喪失事由 | 41 死 亡（ 年 月 日） 42 他市町村に転出 （転出年月日 年 月 日） （転出先 43 生 保 開 始（ 年 月 日） 44 後期高齢者医療加入（ 年 月 日） 49 そ の 他 [] | | | |
| ※資格喪失年月日 | 年 月 日 | | | |

(注) 1 受給者証を添えてください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

様式第9（第12条関係）

| <p style="text-align: center;">第三者の行為による被害届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------------|--|----------------------|------------------|-----------------------|-------|---------|--|--|
| 豊橋市長 様 | | | <p style="text-align: right;">届出者 住所 豊橋市 氏名 電話</p> | | | | | | | |
| 次のとおり第三者の行為による被害がありました。 | | | | | | | | | | |
| 事故発生日 | 年 月 日 | | 午（前・後）時 分頃 | | 事故発生場所 | | | | | |
| 受給者番号 | 保険者の名称 | | | 事故原因と状況 | | | | | | |
| 受給者 (被害者) | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | | 番号 | | 職 業 | | | | |
| | フリガナ | | | | | 被保険者又 は世帯主と の続柄 | | | | |
| | 氏 名 | | | | | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | |
| 第 三 者 （ 加 害 者 ） に 関 す る 事 項 | 加 害 者 (運転者) | 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| | | 住 所 | | | | | | | | |
| | | 職 業 | | 電 話 | | | | | | |
| | 保 有 者 (契約者) | 氏 名 | | 電 話 | | | | | | |
| | | 住 所 | | | | | | | | |
| | | 加 害 者 との関係 | | 本人・親族（続柄）・事業主・その他（ ） | | | | | | |
| | 自 賠 責 保 險 | 有 | 保険会社 | | 証 明 書 番 号 | | | | | |
| | | 無 | | | | | | | | |
| | | 有 | 保険会社 | | 支 店 名 | | 課 名 | 担 当 者 名 | | |
| | 任 意 保 險 | 有 | 証券番号 | | 電 話 | | | | | |
| 無 | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地・名称（氏名） | | | 傷 病 名 | | 初 診 日 | | 年 月 日 | | | |
| 当 初 | | | | | 保 險 診 療 | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | | 保 險 診 療 開 始 日 | | 年 月 日 | | | |
| 転 医 後 | | | | | 診 療 見 込 期 間 | | | | | |
| | | | | | 診 療 見 込 金 額 | | 円 | | | |