

新潟市重度障がい者医療費助成規則の規定による様式を定める要綱

令和6年11月11日制定

第1条 新潟市重度障がい者医療費助成規則(昭和58年新潟市規則第11号)の規定による様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	関係条文	様式番号
重度障がい者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書	第4条	第1号
重度障がい者医療費助成現況届出書	第4条及び第7条	第2号
新潟市重度障がい者医療費助成受給者証	第5条	第3号
重度障がい者医療費助成停止通知書	第5条及び第7条	第4号
重度障がい者医療費受給者証再交付申請書	第7条	第5号
重度障がい者医療費助成申請書	第9条	第6号
重度障がい者医療費助成申請書（柔道整復施術用）	第9条	第7号
重度障がい者医療費助成申請書（入院時生活療養費用）	第9条	第8号

附 則

この要綱は、令和6年11月14日から施行する。

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

重度障がい者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者 住所

氏名

(本人との続柄)

下記のとおり身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を添えて申請します。

ふりがな					生年月日	年 月 日		
本人氏名								
個人番号								
住 所	新潟市				電話番号			
障がい内容	身体障害者手帳	交付年月日	交付番号	障がい名		等級		
		年 月 日	第 号	障がい不自由		級		
	療育手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度		次の判定年月		
		年 月 日	第 号	A ・ B		年 月 無期		
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	等級	手帳有効期限	手帳更新申請		
		年 月 日	第 号	級	年 月 日	未・済 年 月 日		
そ の 他	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢							
食事療養費標準負担額減額認定等の有無				有 ・ 無				

※この欄は、記入しないでください。

決 裁	課長	課長補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
					起案	年 月 日
処理案	助成対象者と認定し、受給者証を交付してよろしいでしょうか。				決裁	年 月 日
					手帳交付日	年 月 日
					受給開始日	年 月 日
				受給者番号	第 号	

別記様式第2号（第4条、第7条関係）

年 月 日

重度障がい者医療費助成現況届出書

(宛先)新潟市長

届出人 住所
氏名
受給者との関係(続柄)
電話番号

下記のとおり受給者の現況を届け出ます。

受給者氏名	住所

同意書

重度障がい者医療費助成受給(停止を含む。)の間、この事業において必要があるときは、私(受給者)の住民基本台帳及び課税状況について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

受給者氏名	住所
個人番号	

上記受給者が、重度障がい者医療費助成受給(停止を含む。)の間、この事業において必要があるときは、私の住民基本台帳及び課税状況について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

同一生計人氏名	続柄	同一生計人氏名	続柄
個人番号		個人番号	
個人番号		個人番号	
個人番号		個人番号	
個人番号		個人番号	
個人番号		個人番号	

※ 同意がない場合は、住民票謄本、市・県民税・森林環境税課税(所得)証明書(控除額記載)が必要となります。

※ 転入により新潟市から市・県民税・森林環境税が課税されていない場合は、転入前に住所のあった市町村の課税(所得)証明書(控除額記載)が必要となります。

※ 同一生計人とは、住民基本台帳上の同一世帯員をいいます。

別記様式第3号（第5条関係）

（表）

新潟市重度障がい者医療費助成受給者証		
障	公費負担者番号	
	受給者番号	
〒 新潟市		
生年月日	年 月 日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関及び 印	新潟市長 印	
交付年月日	年 月 日	
○ 診療等を受けるときは、毎月の初回受診日に、この受給者証を医療保険証とともに医療機関窓口に提示してください。 ○ 一部負担金について 外来の場合は、月の初回から4回目まで受診日ごとに 円（その日の自己負担額が 円に満たないときは当該額）を支払ってください。 入院の場合は、1日につき 円を支払ってください。 なお、一部負担金は、有効期間内においても変更となる場合があります。 ○ 入院時食事療養費（生活療養費）標準負担額について 保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている方は、入院時にこの証を添えて、医療機関窓口提示してください。		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、医療機関等に受診した際、市からその費用の一部を助成してもらうための証ですから大切に保管してください。
- 2 医療機関等において診療を受ける場合は、加入医療保険証を添えてこの証を必ず窓口に提示してください。
また、標準負担額減額認定証を所持している方は、入院の際併せて提示してください。
- 3 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。
 - (1) 受給資格者が死亡し、又は氏名若しくは住所を変更したとき。
 - (2) 食事療養費(生活療養費)標準負担額の減額認定者でなくなったとき。
 - (3) 障がいの程度が軽減したとき。
 - (4) 生活保護の決定を受けたとき。
 - (5) 法律等に基づき医療費の全額補助を受けることとなったとき。
 - (6) 第三者行為による治療を受けたとき。
 - (7) この証を破損、汚損又は紛失したとき。
 - (8) 世帯員構成に変更が生じたとき。
- 4 県外の医療機関等で受診したときは、医療費助成申請書に保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、市長に申請してください。
- 5 この証の有効期間は表面のとおりですので、資格を更新しないときは、有効期限前1月以内に市長に届け出てください。
- 6 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ることがあります。

新障第 号
年 月 日

様

新潟市長 印

重度障がい者医療費助成停止通知書

重度障がい者医療費助成については、下記のとおり助成を停止します。

記

受給資格者	
停止の理由	
停止の期間	

別記様式第5号（第7条関係）

重度障がい者医療費受給者証再交付申請書

受給者番号	第 号	受給者氏名	
		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
再交付申請 の 理 由	ア 汚損 イ 亡失 ウ その他()		

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

(受給者との続柄)

(宛先)新潟市長

- (注) 1 再交付申請の理由の欄は、該当するものに○を付けてください。ウに該当する場合は、具体的に詳しく記載すること。
- 2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

重度障がい者医療費助成申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号			
受給者氏名	(生年月日 年 月 日) (居住区 区)		
受診医療機関名	受診年月	年 月	
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	種 別 普通・当座
			口座番号
			フリガナ 口座名義人

注 1 この申請書は、受診した月ごとに1枚必要です。

2 この申請書は、医療機関ごとに1枚必要です。

新潟市確認欄

助成決定額 円

以下は医療機関等に記入してもらってください。

(年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合 計	点	円
療養入院時生活以外	入 院 日	年 月 日 ～ 年 月 日	
	入 院 日 数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
看 訪 護 問	利 用 日 数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他 法 負 担 の 有 無		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・母子保健法・児童福祉法・その他()	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名 称
氏 名

※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないでください)。

※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏)

委任状

私(委任者)は、この申請書に基づき、新潟市から支払われる重度障がい者医療費助成金の受領を下記受任者欄に記載の者に委任します。

年 月 日

委任者

住 所

氏 名

印

受任者

住 所

氏 名

印

総代人届

重度障がい者医療費助成受給者である が 年 月 日死亡につき、総代人を選定したので届けます。なお、この度の重度障がい者医療費助成申請に係る助成金は、表面に記載の金融機関に振り込んでください。

年 月 日

総代人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

相続人

住 所

氏 名

印

別記様式第7号（第9条関係）

(表)

(受給者が記入してください。)

(受給者が記入してください。)

重度障がい者医療費助成申請書(柔道整復施術用)

年 月 日

(宛先)新潟市長

※

下記のとおりに金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。

上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。

申請者 住 所

氏 名

電話番号

代理人 住 所

氏 名

電話番号

受給者番号			
受給者氏名			
自己負担割合	3割	2割	1割
振込指定 金融機関名	銀行名		口座番号
	支店名		フリガナ 口座名義人
※ 他法負担額		一部負担額	決 定 額

注 ※印欄は、記入しないでください。

領 収 書		(診療月 年 月)	
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	市単一部負担金領収済額 C
1日目	円	円	円
2日目	円	円	円
3日目	円	円	円
4日目	円	円	円
5日目以降	円	円	円
計	円	円	円
他法負担等 の有無	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・母子保健法・児童福祉法・その他()		公 費 分 費 用
			患者負担額(公費分)

上記のとおり市単一部負担金を領収しました。
 年 月 日

所在地
 柔道整復師 名 称
 様 氏 名

注 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(10円未満四捨五入)を記入してください。

(裏)

委任状

私(委任者)は、この申請書に基づき、新潟市から支払われる重度障がい者医療費助成金の受領を下記受任者欄に記載の者に委任します。

年 月 日

委任者 住 所 氏 名 印	受任者 住 所 氏 名 印
---------------------	---------------------

総代人届

重度障がい者医療費助成受給者である が 年 月 日死亡につき、総代人を選定したので届けます。なお、この度の重度障がい者医療費助成申請に係る助成金は、表面に記載の金融機関に振り込んでください。

年 月 日

総代人

住 所 _____
氏 名 _____ 印

相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印	相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印
相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印	相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印
相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印	相続人 住 所 _____ 氏 名 _____ 印

別記様式第8号（第9条関係）

（表）

重度障がい者医療費助成申請書（入院時生活療養費用）

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号				
受給者氏名	(生年月日 年 月 日) (居住区 区)			
受診医療機関名		受診年月	年 月	
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	種別	普通 ・ 当座
			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義人	

注 1 この申請書は、受診した月ごとに1枚必要です。

2 この申請書は、医療機関ごとに1枚必要です。

新潟市確認欄（助成額単価×食事回数）

適用区分等	マル障助成金額	助成決定額
区分オ（境界層該当者を除く）・区分Ⅱ	170円/食 × 回	
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	100円/食 × 回	
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）・境界層該当者	医療機関記入のとおり	
入院医療の必要性の高い者	医療機関記入のとおり	

----- 以下は医療機関等に記入してもらってください。 -----

（ 年 月診療分）

適用区分等	標準負担額	食事回数（回）	金額（円）
区分オ（境界層該当者を除く）・区分Ⅱ	230円/食		
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	140円/食		
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）・境界層該当者	110円/食		
入院医療の必要性の高い者	230円・180円・110円/食		

様（受給者氏名）

入院時生活療養費標準負担金のうち、上記の食事回数分の食費を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関名 名称
氏名

※ 「入院医療の必要性の高い者」とは、医療区分2又は3等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者及び難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定特定医療を受ける同項に規定する指定難病の患者をいいます。

該当する単価を○で囲んでください。

※ 適用区分等（例：区分Ⅱ）及び適用区分等に応じた食事回数等が明記されており、上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

（裏面あり）

注意事項

入院時生活療養費助成額について

- (1) 保険者等から標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。
- (2) 申請額は、入院時生活療養費標準負担額のうち食事分で、下表に記載の単価により計算します。

入院時生活療養費助成額単価

	マル障
区分オ（境界層該当者を除く。）、 区分Ⅱ	170円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び 境界層該当者を除く。）	100円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）、 境界層該当者	110円／食

ただし、入院医療の必要性の高い者は、次のとおりとなります。

	マル障
区分オ（境界層該当者を除く。）、 区分Ⅱ（いずれも90日まで）	230円／食
区分オ（境界層該当者を除く。）、 区分Ⅱ（いずれも90日越え）	180円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び 境界層該当者を除く。）	110円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）、 境界層該当者	110円／食