

新潟市老人医療費助成規則の規定による様式を定める要綱

制定 令和6年11月20日

第1条 新潟市老人医療費助成規則（昭和58年2月22日規則第10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	規定条項	別記様式番号
老人医療費助成受給者証交付申請書	第4条第1項	別記様式第1号
ひとり暮らし老人調査票	第4条第2項	別記様式第1号の2
新潟市老人医療費助成受給者証	第5条第1項	別記様式第2号
老人医療費助成受給者台帳（ひとり暮らし老人）	第5条第2項	別記様式第3号（その1）
老人医療費助成受給者台帳（ねたきり老人）	第5条第2項	別記様式第3号（その2）
老人医療費助成受給者証交付申請却下決定通知書	第5条第3項	別記様式第3号の2
老人医療費助成受給者証再交付申請書	第7条第3項	別記様式第4号
老人医療費助成申請書	第9条第1項	別記様式第5号
老人医療費助成限度額適用認定申請書	第9条の2第1項	別記様式第6号
老人医療費助成限度額適用認定証	第9条の2第3項	別記様式第7号
老人医療費助成受給者変更届	第11条第1項	別記様式第8号

附則

この様式は、令和6年12月2日から施行する。

附則

- 1 この様式は、令和7年6月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に交付されている受給者証は、その有効期間が終了するまでの間、改正後の別紙様式第2号による受給者証とみなす。
- 3 この要綱の施行の際現に交付された改正前の別紙様式第7号は、当面の間、これを使用することができるものとする。

附則

- 1 この要綱は、令和8年8月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に交付された改正前の別紙様式第5号は、当面の間、これを使用することができるものとする。
- 3 この要綱の施行の際現に交付されている限度額適用認定証は、その有効期間が終了するまでの間、改正後の別紙様式第7号による限度額適用認定証とみなす。

別記様式第1号（第4条第1項関係）

決 裁		課長	補佐	係長	担当者	受 付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決 裁	年	月	日
受給資格 の 判 定		適 老人医療費助成受給者証 を交付してよろしいか。				否(理由)			

老人医療費助成受給者証交付申請書

本 人 氏 名			性 別	男・女	生年 月日	年	月	日 (歳)
世 帯 主 氏 名			本人と の続柄			職 業		
住 所								
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	協会・船員・共済・組合・国保						
	被 保 険 者 氏 名		申請者との続柄			記 号 番 号		
	保 険 者 名					保険者番号		
	所 在 地							
ひとり暮らし 老人、ねたき り老人となつ た時期		年 月 日						
上記のとおり { 関係書類を添えて 申請に必要な世帯及び所得の状況を老人医療費助成担当課が調査す ることを承諾し 受給者証の交付を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 (本人との続柄) (宛先)新潟市長								

注)1 申請者は、原則として本人(医療費助成対象者)とします。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等真にやむを得ない場合は、この限りではありません。

2 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

別記様式第1号の2（第4条第2項関係）

ひとり暮らし老人調査票				
現在の生活状況などについて、記入してください。				年 月 日
フリガナ 氏名		生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日生(歳)	
電 話 番 号	(自宅) (携帯電話)			
※該当箇所に○を付けてください。				
1 生活の状況について				
(1) 家族の状況	ア 単身(ひとり) イ 一定期間単身 ウ 家族と同居 エ その他			
(2) 住居の状況	ア 自宅(一軒屋) イ 借家・アパート ウ 市営住宅 エ 借間 オ 2世帯住宅 カ その他()			
(3) 親族の氏名・住所及び交流の状況について	ア 有り(下記のとおり) イ 無し			
	氏名	年齢	現住所	続柄
				年間・月・週(回)
				年間・月・週(回)
				年間・月・週(回)
				年間・月・週(回)
	援助を受けられない理由			
(4) ひとり暮らしとなった時期及びその理由	年 月 頃 ア 死別 イ 別居(離婚・その他) ウ 子どもの独立 エ その他()			
2 職業・収入について				
(1) 職業	ア 有り 会社員 常勤・パート(勤務先:) 自営業等() イ 無し(無職)			
(2) 主な収入	ア 年金・恩給 イ 給与・勤労収入 ウ 仕送り(相手) エ その他() 収入額(円)			
3 健康状態について				
(1) 現在の健康状態	ア 健康 イ 病気がち ウ 寝たきり(年 月から)			
(2) 日常の生活	ア 普通にできる イ やや不自由 ウ 要介護			
(3) 身体の障がい	ア 有り(身体障害者手帳 級 号) (その他) イ 無し			
4 緊急時の連絡先				
	氏名	住所	電話番号	本人との関係
【備考・特記事項】				

別記様式第2号（第5条第1項関係）

（表）

新潟市 老人医療費助成受給者証				
受給者番号		公費負担者番号		60154002
受給者	住所			
	氏名			
	生年月日		性別	
一部負担金の割合		割		
保険者番号				
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日				
発行機関名 及び印		新潟市長 印		
※ 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。 ※ 裏面注意事項を読んでください。				

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、医療機関等に受診した際、市から保険の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから大切に保存してください。
- 2 医療機関等において診療を受けるときは、この証を必ず窓口に提示してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名、住所に変更があつたときは、14日以内にこの証を添えて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つたときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、当該医療機関等の領収書を添付して市に手続きしてください。
- 7 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、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、速やかに市長に返してください。
- 9 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

別記様式第3号（その1）（第5条第2項関係）

(表)

受給者番号										老人医療費助成受給者台帳 (ひとり暮らし老人)													
(ふりがな) 受給者氏名										男・女		生年月日		年 月 日生			住 所		(. . . 変更) (. . . 変更)				
加 入 医 療 保 険	被保険者名 (又は組合員名)				続柄		受給資格 発生日月		受給者証交付 (更新)年月日		受給資格 消滅年月日		受給者証 返還年月日		受給者証 再交付年月日								
	(. . . 変更)				(. 変更)		. . .		. . .		. . .		. . .										
	住 所				(. . . 変更)		. . .		. . .		. . .		. . .		. . .								
							. . .		. . .		. . .		. . .										
	保 険 種 別				協・組船・共・国		記号 番号		(. 変更)		. . .		. . .		. . .		. . .						
	保 険 者 名				(保険者番号)		ひ と り 暮 ら し と な つ た		時 期 理 由		年 月 日		死 別 別 居(理由) その他()										
	所 在 地				(保険者番号)(. . 変更)		電 話 番 号		自 宅 携帯電話		(氏名)		(電話番号)										
(. . . 変更)				(備考)		緊急時の 連 絡 先		(住所)		(続柄)													

(裏)

住居の 状況	自家・借家 アパート・借間 その他()		自家・借家 アパート・借間 その他()		扶養義務者等の 状況 (同居者を含む)	氏 名	年 齢	本人との 続柄	現 住 所	同居 別居	の別	交流 状況
	(. . . 変更)		(. . . 変更)								同・別	
	(. . . 変更)		(. . . 変更)								同・別	
	(. . . 変更)		(. . . 変更)								同・別	
	(. . . 変更)		(. . . 変更)								同・別	
身体障 がい の有無	有		有		援助を受けられない理由							
	無		無									
職 業		無・会社員(常勤・パート) 自営業・アルバイト その他()		無・会社員(常勤・パート) 自営業・アルバイト その他()		無・会社員(常勤・パート) 自営業・アルバイト その他()		無・会社員(常勤・パート) 自営業・アルバイト その他()		無・会社員(常勤・パート) 自営業・アルバイト その他()		
主 な 収 入		無・給与・財産・恩給・年金・ 仕送り・その他() (円)		無・給与・財産・恩給・年金・ 仕送り・その他() (円)		無・給与・財産・恩給・年金・ 仕送り・その他() (円)		無・給与・財産・恩給・年金・ 仕送り・その他() (円)		無・給与・財産・恩給・年金・ 仕送り・その他() (円)		
所 得 額		円		円		円		円		円		
健 康 の 状 況		健康・病気がち ねたきり(年 月から)		健康・病気がち ねたきり(年 月から)		健康・病気がち ねたきり(年 月から)		健康・病気がち ねたきり(年 月から)		健康・病気がち ねたきり(年 月から)		
日 常 生 活 の 状 況		普通にできる・やや不自由・ 要介助(介護人派遣 有・無)		普通にできる・やや不自由・ 要介助(介護人派遣 有・無)		普通にできる・やや不自由・ 要介助(介護人派遣 有・無)		普通にできる・やや不自由・ 要介助(介護人派遣 有・無)		普通にできる・やや不自由・ 要介助(介護人派遣 有・無)		
世 帯 区 分		単 身・一定期間単身・ 亜単身・その他()		単 身・一定期間単身・ 亜単身・その他()		単 身・一定期間単身・ 亜単身・その他()		単 身・一定期間単身・ 亜単身・その他()		単 身・一定期間単身・ 亜単身・その他()		
判 (審査者 印)		適・否 印		適・否 印		適・否 印		適・否 印		適・否 印		
備 考 (認定時の条件 必要な措置等)												

別記様式第3号（その2）（第5条第2項関係）

(表)

受給者番号										老人医療費助成受給者台帳 (ねたきり老人)																							
(ふりがな) 受給者氏名										男・女		生年月日		年 月 日生										(. . . 変更) (. . . 変更)									
加 入 医 療 保 険	被保険者名 (又は組合員名)					(. . . 変更)					続柄		(. . . 変更)		受給資格 発生日月		受給者証交付 (更新)年月日		受給資格 消滅年月日		受給者証 返還年月日		受給者証 再交付年月日										
															. . .		. . .		. . .		. . .		. . .										
	住 所										. . .		. . .		. . .		. . .		. . .		. . .												
											. . .		. . .		. . .		. . .		. . .														
	(. . . 変更)										ねたきりの状態になった時期										年 月 日												
											保 険 種 別										ねたきりに なった原因 (傷病名)										脳卒中・リウマチ・神経痛・高血圧症・心臓疾患・ 眼疾患・ぜんそく・結核・ガン・事故・老衰・老人性認知症・ その他()		
	(保険者番号)																				身体障害者 手帳		有(級 号)・無										(. . . 変更)
											(保険者番号) (. . . 変更)										身体障がい の 状 況 身体障害 者手帳無 し も 記 録 すること。		視覚・聴覚・平衡機能・ 音声言語機能・呼吸器機能・ 心臓機能・肢体不自由 (上肢・下肢・体幹)										(. . . 変更)
	所 在 地																				(. . . 変更)		(. . . 変更)										

(裏)

精 神 の 状 態	項 目				状 態				状 態 (該当項目を記入す ること)	年度	年度	年度	年度	年度			
	1 日常のあいさつ				① できない ② どうか ③ 正 常												
	2 言 語				① 不明瞭 ② やや不明瞭 ③ 明 瞭												
	3 占 い 記 憶				① 全くない ② どうか思い出す ③ 正 常												
	4 日々のできごと				① 片端しから忘れていく ② どうか覚えている ③ 正 常												
	5 氏名・生年月日・住所				① 全く不明 ② どうかわかる ③ 正 常												
	6 感 情				① ぼう然としている ② 感情不安定 ③ 正 常												
	7 糞 便				① 時々大便を手でにぎる ② 正常												
ね た き り の 動 作 状 態	区分	項 目	具 体 的 事 項	介護区分 点 数	他人の介護を要する				自 分 の 力 で				認 定				
					1 2 3 4				年度				年度	年度	年度	年度	
	起 き る こ と	1	起きて座ること	できない	介 助	で	ど	う	に	か	薬	に					
		2	寝 返 り	できない	介 助	で	つ	か	ま	つ	て	薬	に				
		3	歩 く こ と	できない	介 助	で	ど	う	に	か	薬	に					
	が 床 関 節 の 拘 縮	4	布団の中で	終 全 強 直	日 ほとん	ど 終 日	半 日	位	正 常								
		5	肘 関 節	完 全 強 直	不 十 分	や	や	不 十 分	正 常								
		6	膝 関 節	完 全 強 直	不 十 分	や	や	不 十 分	正 常								
	洗 面	7	顔を洗うこと	できない	介 助	で	ど	う	に	か	薬	に					
		8	歯をみがくこと	できない	介 助	で	ど	う	に	か	薬	に					
		9	食事姿勢	寝たまま	布団の中で	起きて	布 団 の 外	で	正 常								
	食 事	10	茶碗を持つ	できない	介 助	で	ど	う	に	か	で	き					
		11	食事をする	できない	はしは不能スプーンで	は	し	は	ど	う	に	か	薬	に			
12		人 浴	できない	介 助	で	ど	う	に	か	薬	に						
排 便	13	用 便	おむつの中でする	便器を入れてもらう	便器を1人で出し入れする	便所に行ける											
	認定総点数																
所 得 の 状 況	年度		年度		年度		年度		年度		所得基準の適否						
	主 収 入 源		無・家事・財産 恩給・年金・仕送り 他()		無・家事・財産 恩給・年金・仕送り 他()		無・家事・財産 恩給・年金・仕送り 他()		無・家事・財産 恩給・年金・仕送り 他()		無・家事・財産 恩給・年金・仕送り 他()		適・否 適・否 適・否 適・否 適・否				
	所得額		円		円		円		円		円						
備考 認定上の参 考事項等										認 定 (審査者印)	適・否 印	適・否 印	適・否 印	適・否 印	適・否 印		

※ 認定できる総点数の範囲は13点から34点までとする。

別記様式第3号の2（第5条第3項関係）

	第	号
	年	月 日
様		
	新潟市長	印
老人医療費助成受給者証交付申請却下決定通知書		
年 月 日付けで申請のあった老人医療費助成受給者証の交付について、新潟市老人医療費助成規則に基づき審査した結果、下記の理由により却下したので通知します。		
(理由)		
問い合わせ先		

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第4号（第7条第3項関係）

老人医療費助成受給者証再交付申請書

受給者 番号		受給者氏名	
		生年月日	年 月 日
住 所			
再交付申請 の理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
申請者
氏 名

(宛先)新潟市長

- (注) 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載してください。
- 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。
- 3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。
- 4 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

別記様式第5号（第9条第1項関係）

(表)

老人医療費助成申請書										年 月 日
(宛先)新潟市長				住所						
				申請者						
				氏名						
				電話番号						
※下記のとおり金										円の医療費の助成を申請します。

受給者番号		保 険 者 名			
受給者氏名		記 号 ・ 番 号			
受療者氏名		被保険者氏名			
振込指定機関	銀行名			口座番号	フリガナ
	支店名				氏 名
※	他法負担額	一部負担額		決 定 額	

注1 ※欄は、記入しないでください。
 2 助成申請額算定方法等は、裏面を参照してください。

高額療養費相当額申請用 (該当する申請区分に○を付け、診療月又は期間を記入してください)					※1 高額療養費相当額の助成を受ける場合に記入してください。 ※2 一部負担金の支払額を証明できる領収書等を添付してください。
[] 月単位の申請 (診療月： 年 月分) [] 年間の申請 (計算期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)					
一部負担金の支払額 (※年間の申請の場合は、計算期間中の自己負担合算額)					
外来		入院		合計	

領 収 書 (診療年月 年 月)			
療養の種類	総点数	領収済自己負担額	備 考
入院・外来・調剤・訪問看護・療養費	点	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・特定疾患治療研究事業・母子保健法・児童福祉法・その他()	公費分点数	公費分の自己負担額
		点	円
上記のとおり領収しました。 年 月 日 様 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印			

注 同一月中に、外来と入院と訪問看護があつた場合は、それぞれの助成申請書(領収書)が必要です。

(裏)

注意事項

1 助成申請書の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び助成後の一部負担金を控除した額が申請額となります。

一部負担金の割合 医療費の2割(経過措置対象者は1割)

一部負担額が一定額を超えた場合には、申請により市から超過額が払い戻されます。

(高額療養費相当額の助成申請について)

一部負担金については、以下の額を超えた額が、申請により市から払い戻されます。

	受給者が1か月に支払った 外来の一部負担金	受給者が1か月に 支払った一部負担 金の合計額	受給者が1年間に 支払った一部負担 金の合計額
①一般の方	22,000円 [年間の上限216,000円]	61,500円 (44,400円)	530,000円
②市町村民税非課 税の世帯に属する 方(③以外の方)	11,000円 [年間の上限96,000円]	25,700円 (24,600円)	290,000円
③②のうち、所得 が一定の基準に満 たない方	8,000円	15,700円	180,000円

※ () 内は多数回該当の場合

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

別記様式第6号（第9条の2第1項関係）

決 裁	課 長	補 佐	係 長	担当者	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 裁	年 月 日
適 用 区 分 の判定	適 区分 I ・ 区分 II				否(理由)	

老人医療費助成限度額適用認定申請書

受 給 者 番 号						
受 給 者	氏 名		性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	住 所					
加 入 医 療 保 険	記号・番号					
	保 険 者 名					
	所 在 地					
上記のとおり〔関係書類を添えて 申請に必要な世帯及び所得の状況を老人医療費助成担当課が調査 することを承諾し〕老人医療費助成の限度額適用を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 (宛先)新潟市長						

注1 申請は、原則として本人(医療費助成対象者)がしてください。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等、真にやむを得ない場合は、この限りではありません。

2 受給者証及び加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

別記様式第7号（第9条の2第3項関係）
（表）

第 号 老人医療費助成限度額適用認定証			
公費負担者 番 号	6 0 1 5 4 0 0 2		受 給 者 番 号
市 町 村 名	新潟市		保 険 者 番 号
受 給 者	氏 名	男・女	
	住 所		
	生 年 月 日	年 月 日	
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	
適 用 区 分		区 分	
上記受給者は、上記の区分のとおり老人医療費助成の限度額の適用を行つているものであることを証明する。 新潟市長 印			

(裏)

注 意 事 項

- 1 入院及び外来に係る医療を受ける場合に窓口で支払う老人医療費助成の一部負担金の額は、保険医療機関ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とすることになりますが、この証を提示することによって、その限度額が減額されます。
- 2 保険医療機関に入院するとき及び外来診療を受けるときには、受給者証とともに必ずこの証を提示してください。
- 3 老人医療費助成受給者でなくなつたとき、又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を市に返してください。
- 4 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
- 6 表面の記載事項に変更があつた場合には、速やかにこの証を市へ提出して訂正を受けてください。

別記様式第8号（第11条第1項関係）

老人医療費助成受給者変更届			
受 給 者 番 号	受 給 者 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
住 所			
届 出 事 項 1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は 記載事項の変更 4 転出の届出 5 死亡の届出 6 その他		変更・転出・死亡年 月 日	年 月 日
		届 出 理 由	
変 更 事 項			
旧		新	
上記のとおり変更したので届けます。 年 月 日 住 所 届出者 氏 名 （受給者との続柄 ） （宛先）新潟市長			

（注）

- 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
- 2 届出の理由は詳しく記載してください。
- 3 変更前の受給者証を添えてください。