

改正

平成20年3月18日条例第2号

平成23年3月11日条例第1号

平成27年3月19日条例第15号

みなべ町老人医療費の支給に関する条例

(目的)

第1条 この条例は、老人の医療費の一部を支給することにより、老人の保健の向上に寄与し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において「老人」とは、67歳の誕生日の属する月の前月を経過し、かつ、70歳の誕生日の属する月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月の前月）の末日を経過していない者をいう。

2 この条例において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (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) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (6) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

3 この条例において「保険給付」とは、医療保険各法に規定する療養の給付並びに保険外併用療養費、療養費、家族療養費、訪問看護療養費、家族訪問看護療養費及び特別療養費の支給をいう。

4 この条例において「一部負担金等」とは、医療保険各法の規定により、保険給付を受ける者が負担すべき額をいう。

(支給対象者)

第3条 この条例に定める医療費の支給の対象となる者（以下「対象者」という。）は、医療保険各法の規定による被保険者、組合員及びその被扶養者であり、かつ、みなべ町の区域内に住所を有する老人とする。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている

老人及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による医療の給付を受けることができる老人については、対象者としなない。

（医療費の支給）

第4条 町長は、前条に定める対象者が保険給付につき一部負担金等を支払った場合において、当該支払額から医療保険各法の規定に基づき、70歳の誕生日の属する月の翌月に到達した者が負担する金額に相当する額を控除した額を支給するものとする。ただし、法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付及び保険者等の負担による付加給付等が行われたとき並びに医療保険各法に規定する入院時食事療養費に係る標準負担額の負担があったときは、これを除いた額とする。

（支給の制限）

第5条 町長は、前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する対象者には、その年の8月から翌年の7月までの間は医療費を支給しない（以下「支給停止」という。）ものとする。

- （1） 老人及びその者と同一の世帯に属する者（以下これらを「世帯員」という。）が市町村民税を課されているとき。
- （2） 老人及び世帯員の前年の収入金額の合計額が100万円（世帯員の数が2人以上である場合にあっては、100万円に世帯員のうち1人を除いた世帯員1人につき40万円を加算した金額）を超えるとき。
- （3） 老人の金融資産が350万円を超え、又は世帯員の金融資産の合計額が350万円に世帯員の数を乗じて得た額を超えるとき。
- （4） 老人及び世帯員が活用できる資産を有しているとき。
- （5） 老人が、世帯員以外の者から扶養を受けているとき。

（特別事情）

第6条 前条の規定により支給停止となっている対象者が、次に掲げる特別な事情により一部負担金等を支払うことが困難であると町長が特に認めたときは、前条の規定にかかわらず、医療費の支給を行うことができる。

- （1） 老人又はその属する世帯の生計を主として維持する者（以下「生計中心者」という。）が震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたとき。
- （2） 生計中心者が死亡したとき、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期入院したことにより、その者の収入が著しく減少したとき。

(3) 生計中心者の収入が、事業の休廃止、事業による著しい損失、失業等により著しく減少したとき。

(4) 生計中心者の収入が、干ばつ、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少したとき。

(支給の方法)

第7条 第4条の医療費の支給は、対象者の申請に基づいて行うものとする。

2 町長は第1項による申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは医療費を支給するものとする。

3 前各項の規定にかかわらず町長は、医療費として対象者が医療機関等に支払うべき費用をその者に代わり当該医療機関等に支払うことができる。この場合当該医療機関等の請求により行うものとする。

4 前項の規定による支払があったときは、当該対象者に対し、医療費の支給があったものとみなす。

(支給金の返還等)

第8条 町長は、対象者の病気又は負傷に関し、対象者等が損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した医療費を返還させることができる。

2 町長は、偽りその他不正な行為により第4条に定める支給を受けた者があるときは、その者から当該支給した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第9条 この条例に定めるもののほか、この条例の施行について必要な事項は規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成16年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、合併前の南部町保健福祉医療費の支給に関する条例（平成6年南部町条例第16号）又は南部川村高齢者医療給付条例（平成14年南部川村条例第13号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの条例の相当規定によりなされたものとみなす。

(支給の制限の特例)

- 3 第5条の規定にかかわらず、南部町保健福祉医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成14年南部町条例第11号）附則第2項の規定により、南部町保健福祉医療費の支給を受けていた者は、70歳の誕生日の属する月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月の前月）の末日まで医療費を支給する。

附 則（平成20年3月18日条例第2号）

- 1 この条例は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この条例による改正後の（中略）みなべ町老人医療費の支給に関する条例（中略）の規定は、平成20年4月1日から適用する。

附 則（平成23年3月11日条例第1号）

- 1 この条例は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この条例による改正後のみなべ町乳幼児医療費の支給に関する条例、みなべ町重度心身障害児（者）医療費支給条例、みなべ町ひとり親家庭医療費の支給に関する条例、みなべ町老人医療費の支給に関する条例、みなべ町精神障害者医療費の支給に関する条例の規定は、平成23年4月1日から適用する。

附 則（平成27年3月19日条例第15号）

- 1 この条例は、平成27年8月1日から施行する。
- 2 この条例による改正後のみなべ町老人医療費の支給に関する条例に基づく医療費の支給は、施行の日以後に行われた医療行為から適用し、同日前までの医療行為については、なお従前の例による。

改正

平成17年9月30日規則第8号

平成23年4月1日規則第8号

令和5年12月15日規則第13号

みなべ町老人医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、みなべ町老人医療費の支給に関する条例（平成16年みなべ町条例第87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。

(受給資格の登録)

第2条 条例第4条の規定により医療費の支給を受けようとする者は、みなべ町老人医療費受給資格登録申請書（様式第1号）を町長に提出して、受給資格の登録を受けなければならない。

2 前項の申請書を提出する者のうち、地方税関係情報との連携を必要とする者については、同意書（様式第1号の1）を提出するものとする。

(受給者証の交付等)

第3条 町長は、前条の規定により登録した者（以下「受給者」という。）に対し、老人医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証を破損し、又は亡失したときは、みなべ町老人医療費受給者証再交付申請書（様式第3号）を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

3 町長は、第1項に規定する受給者及び受給者の配偶者、民法（明治29年法律第89号）第877条に定める扶養義務者について、前年の所得状況を確認するため、年1回所得証明書又は地方税関係情報との情報連携に同意する者にあつては、同意書（様式第2号）の提出を求めることができる（ただし、1月2日以降の転入者に限る。）。

(受給期間)

第4条 受給期間は、受給資格の登録を受けた日から条例第3条の対象者である間とする。

(受給者証の提示)

第5条 受給者は、条例第3条に規定する対象者について医療を受けるときは、医療機関等に受給者証を提示するものとする。

(支給の申請等)

第6条 条例第7条第1項に規定する支給の申請は、みなべ町老人医療費支給申請書（様式第4号）に医療機関等の発する領収書等を添えて行うものとする。

（支給の決定）

第7条 町長は、前条の申請又は請求を受理したときは、その内容を審査し、当該申請等に係る支給の額を決定するものとする。

（支払の委託）

第8条 町長は、条例第7条第3項の支払を和歌山県国民健康保険団体連合会及び和歌山県社会保険診療報酬支払基金に委託し、医療機関等に支払うことができる。

（届出事項）

第9条 受給者は、自己について、住所の変更又は加入保険の変更若しくはその資格を喪失したときは、みなべ町老人医療費受給資格変更届出書（様式第5号）を速やかに町長に提出しなければならない。

第10条 受給者が損害賠償の対象となる行為を受け、又は損害賠償を受けたときは、第三者の行為による届出書（様式第6号）を町長に提出しなければならない。

（受給者証の返還）

第11条 受給者がその資格を喪失したときは、みなべ町老人医療費受給資格喪失届（様式第7号）に支給者証を添えて、速やかに町長に返還しなければならない。

（補則）

第12条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成16年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の南部町保健福祉医療費の支給に関する条例施行規則（平成6年南部町規則第18号）又は南部川村高齢者医療給付条例施行規則（昭和14年南部川村規則第4号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成17年9月30日規則第8号）

1 この規則は、平成17年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに、みなべ町老人医療費の支給に関する条例施行規則の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成23年4月1日規則第8号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年12月15日規則第13号）

この規則は、公布の日から施行する。

みなべ町老人医療費受給資格登録申請書

年 月 日

みなべ町長様

次のとおり、老人医療費受給資格の登録を申請します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
	個人番号					
	住所	みなべ町				
		電話 ー				
世帯員	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		個人番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		個人番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		個人番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名		個人番号			
加入医療保険	記号・番号					
	被保険者氏名 (世帯主・組合員)					
	保険者名称					
	保険者番号					
	資格取得日	年 月 日				
	保険者所在地					
振込先	金融機関名		預金種別			
	銀行	支店	店番一口座番号		ー	
	農協	出張所	フリガナ			
	信用金庫	支所	名義人			
同意書						
<p>登録の決定に際して、みなべ町長が私及び上記の世帯員の資産及び収入の状況につき、官公庁に調査を委託し、又は銀行、信託会社等の他関係機関に報告を求めることを同意します。</p> <p>また、本申告に虚偽があった場合は、みなべ町老人医療費受給資格を取り消されても異議はありません。その場合は、支給を受けた医療費等は、全額返還します。</p>						
<p>みなべ町長様</p> <p style="text-align: center;">(被保険者)</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>						

※ 裏面の収入等申告書も必ず記入ください。

収入等申告書

次のとおり世帯の収入を申告します。

1 世帯の収入状況

氏名	収入の種類	収入年額 (前年の1月1日から12月末までの収入)

2 世帯の金融資産状況

預貯金 (申請時)	<input type="checkbox"/> 有	名義	預け入れ先	預け入れ金額 円
	<input type="checkbox"/> 無			
国債・ 株式等	<input type="checkbox"/> 有	名義	預け入れ先	預け入れ金額 円
	<input type="checkbox"/> 無			円
その他の金 融資産	<input type="checkbox"/> 有	名義	預け入れ先	預け入れ金額 円
	<input type="checkbox"/> 無			円

3 世帯のその他の資産所有状況

- 自分が住んでいる土地、家屋を所有している。
 その他の不動産等（地金等の動産を含む）を所有している。

名義	種類	面積等	所在地	活用状況

- 所有していない。

4 申請者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において
- 扶養親族となっている。
 - 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において
- 扶養親族となっている。
 - 扶養親族となっていない。

同 意 書

下記の者は、みなべ町の住民福祉課がみなべ町老人医療費の支給に関する条例施行規則第2条第2項または第3条第3項に基づく事務手続きを処理するために限って、 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。



なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	みなべ町 <input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	みなべ町 <input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	みなべ町 <input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	みなべ町 <input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合、欄外に記載して差し支えない。

様式第2号（第3条関係）

 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 老人医療費受給者証 </div>								
負担者番号	4	1	3	0	0	3	5	1
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日							
一部負担金の割合		割		適用区分				
有効期間		から まで						
発行機関名及び印		和歌山県日高郡 みなべ町長						
交付年月日								

注 意 事 項

1. この証は、みなべ町老人医療費の支給に関する条例により支給を受けることができる証ですから大切に保持して下さい。
2. 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に提出して下さい。
3. 受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証をみなべ町長に返して下さい。
4. 氏名、居住地の変更があったときは14日以内にこの証を添えてみなべ町長にその旨を届け出て下さい。
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日以内にみなべ町長にその旨を届け出て下さい。
6. この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けて下さい。
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、すみやかにみなべ町長に返して下さい。
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。
9. 特殊な補綴（入歯等）は保険とは別に費用がかかります。

様式第3号 (第3条関係)

乳 幼 児
ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書
みなべ町 重度心身障害児(者)
老人

年 月 日

みなべ町長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

なお、受給者証を再交付された後、以前のもので発見された時は、直ちに返還します。

記

受給者番号		
受給者氏名		
生年月日・性別	年 月 日	男 ・ 女
住 所		
理 由	1 紛失 2 汚損 3 破損	

みなべ町老人医療費支給申請書

年 月 日

みなべ町長 様

次のとおり医療を受けましたので、みなべ町老人医療費を支給されたく、関係書類を添えて申請します。

また、医療費の支給に関し、加入医療保険機関又は受診医療機関などの必要事項を調査することを承諾します。

さらに、支給審査の結果、医療費の支給の対象とならない場合には通知の必要はありません。

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名
 電 話 ー

対象者	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏 名		年 月 日	
医療保険	被保険者氏名 世帯主・組合員		記号・番号	
	保険者名称		保険者番号	
振 込 先	金融機関名		預金種別	口座名義人
	銀行	支店		フリガナ
	農協	出張所	店番—口座番号	
	信用金庫	支所	ー	

審 査 内 容 (第三者行為を除く)					
診療区分	件 数	金 額	診療区分	件 数	金 額
医科入院	件	円	柔 整	件	円
医科入院外	件	円	針 灸	件	円
歯科入院	件	円	補 装 具	件	円
歯科入院外	件	円		件	円
調 剤	件	円	計	件	円

様式第5号（第9条関係）

乳 幼 児
ひ と り 親 家 庭
みなべ町 重度心身障害児（者）医療費受給資格変更届出書
老 人

年 月 日

みなべ町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 ー

受給者証の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給者証を添えて届出します。

受給者番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日

届出事項		変 更 前	変 更 後
受 給 者 の 住 所			(. . 異動)
受 給 者 の 氏 名			(. . 異動)
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 の 氏 名		
	受 給 者 と の 続 柄		
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 名 称		
	保 険 者 番 号		
	資 格 取 得 日		
そ の 他			

様式第6号（第10条関係）

<p>第三者の行為による届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>みなべ町長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名 電 話 ー</p> <p>第三者の行為により被害が生じたので、次のとおり届出します。</p>			
受給者証の 記号・番号		受給者 氏 名	男・女 年 月 日生
加害者	住 所		
	氏 名	職 業	
負傷又は発病の 要 旨 等 〔日時・場所・ 状況等〕			
負傷又は疾病の 程 度			
療養見込期間		入 院 日 入院外 日	医療費見込額 円
医 療 機 関	所在地		
	名 称		
示談の有無	有・無	損害賠償 の 金 額	円
賠償金の受領 (見込)年月日	年 月 日		

(注) 示談があった場合は示談書の写しを添付してください。

様式第7号 (第11条関係)

乳 幼 児
ひとり親家庭医療費受給資格喪失届
みなべ町 重度心身障害児(者)
老 人

年 月 日

みなべ町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

ひとり親家庭
乳 幼 児
重度心身障害児(者)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
老 人

ので、受給者証を添えて届出します。

受給者証番号			
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) 電 話 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		