

寒川町重度障害者等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6年8月27日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第18号

寒川町重度障害者等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

寒川町重度障害者等の医療費の助成に関する条例施行規則（平成3年寒川町規則第12号）の一部を次のように改正する。

第8条中「社会保険証又は国民健康保険証」を「国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者又は医療保険各法（第2条の医療保険各法をいう。）の規定による被保険者、組合員若しくは組合員とみなされる者、加入者若しくは加入者とみなされる者若しくは被扶養者であることを証する書類又はそれらの写し等」に改める。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第4条関係)

寒川町重度障害者等医療費助成申請書

受給者番号				被保険者氏名			
保険の種類	1国保 4日雇 7後期	2組合 5船員	3全管 6共済	被保険者 記号・番号	記号	番号	
保 険 者	名 称						
	所在地						
対 象 者	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所	寒川町					
	個 人 番 号						
医 療 区 分	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 訪問看護 5 移 送 6 補装具 7 その他()						
入院・入院 外 の 別	1 入 院 2 入院外						
診療等を受 けた期間	年 月 から 年 月 まで						
医療費総額	円			支給決定額		円	
決 定 理 由 (算出の内訳)							
振 込 先 金 融 機 関	金 融 機 関 名	支 店 名		1.普通	口座番号		
					ふりがな		
					2.当座	口座名義	
上記のとおり重度障害者等医療費助成の申請をします。 年 月 日 (宛先)寒川町長 住 所 寒川町 氏 名 個人番号 対象者との続柄 電話番号 ()							

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。