

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新旧対照表

現 行	改 正 案
～略～ （医療証の交付申請の方法） 第8条 前条第1項の規定による申請は、 身体障害者手帳又は知的障害者証明書、療育手帳若しくは精神障害者手帳 及び<u>社会保険証又は国民健康保険証</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____を添付した寒川町 重度障害者等医療費助成制度医療証交 付（変更・喪失）申請書（第4号様式） により行うものとする。 ～略～ <u>第1号様式（第4条関係）</u> <u>別紙のとおり</u> ～略～	～略～ （医療証の交付申請の方法） 第8条 前条第1項の規定による申請は、 身体障害者手帳又は知的障害者証明書、療育手帳若しくは精神障害者手帳 及び<u>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を添付した寒川町 重度障害者等医療費助成制度医療証交 付（変更・喪失）申請書（第4号様式） により行うものとする。</u> ～略～ <u>第1号様式（第4条関係）</u> <u>別紙のとおり</u> ～略～ <u>附 則</u> <u>この規則は、令和6年12月2日から施行 する。</u>

現 行

第1号様式（第4条関係）

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	被保険者証 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			
			2 当座	ふりがな 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 _____ 印 _____

氏 名 _____ 印 _____

個人番号

対象者との続柄	
---------	--

電話番号 ()

改正案

第1号様式（第4条関係）

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 料 2 歯 料 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	()
------	-----