

砂川市規則第31号

令和6年7月12日

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市福祉医療費助成条例施行規則（昭和48年規則第11号）の一部を次のように改正する。

第3条第2項第1号中「医療保険各法による被保険者証その他対象者が」を「対象者が医療保険各法による」に改める。

別記第2号様式から別記第4号の2様式までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年8月1日から施行する。

別記第2号様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">障初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※受給者が18歳に達する年度の前までの場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者が18歳に達する年度の場合は以下の文言を付記 【4月1日以降は公費番号45010261のみ】 【3月31日までは自己負担なし】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年	月	日

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口へ提出し、次の一部負担金を支払ってください。ただし、高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の一部負担金は砂川市で全額助成します。
 - (1) 障初の場合 初診時一部負担金
 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 障課の場合 医療費の1割負担に相当する額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ ☎ 0125 - 74 - 4745
保険医療機関等の皆様へ
 診療報酬明細書の請求
 - 1 有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合
 障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
 - 2 上記1以外の場合
 医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※ どちらの場合も障初で初診時以外の月は、医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※ 【3月31日までは自己負担なし】の表示がある場合は、3月診療分までは上記1と同様に、4月診療分からは上記2と同様に請求してください。

別記第2号の2様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">障</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 重度心身障害者医療費受給者証 </div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※3歳到達年度の受給者の場合は以下の文言を付記 【誕生月末までは障初扱い】 ※受給者が18歳に達する年度の前までの場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者が18歳に達する年度の場合は以下の文言を付記 【4月1日以降は公費番号45010261のみ】 【3月31日までは自己負担なし】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年	月	日

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口へ提出し、次の一部負担金を支払ってください。ただし、高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の一部負担金は砂川市で全額助成します。
 - (1) 障初の場合 初診時一部負担金
 - ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 障課の場合 医療費の1割負担に相当する額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745
保険医療機関等の皆様へ
 診療報酬明細書の請求
 - 1 有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合
 障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
 - 2 上記1以外の場合
 医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※ どちらの場合も障初で初診時以外の月は、医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※ 【3月31日までは自己負担なし】の表示がある場合は、3月診療分までは上記1と同様に、4月診療分からは上記2と同様に請求してください。

別記第2号の3様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">老初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">重度心身障害者医療費受給者証</div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口へ提出し、次の一部負担金を支払ってください。
 - (1) 老初の場合（医療保険の負担割合が1割の方）
初診時一部負担金（初診の場合に限る）
 - ① 医科 580円
 - ② 歯科 510円
 - ③ 柔道整復 270円
 - ④ その他市長が定める額
 - (2) 老課の場合（医療保険の負担割合が2割又は3割の方）
 - ① 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額
 - ② その他市長が定める額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745
 保険医療機関等の皆様へ
 診療報酬明細書の請求
 医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
 老初で初診時以外の月については、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第2号の4様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">老課</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">重度心身障害者医療費受給者証</div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年	月	日

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口
に提出し、次の一部負担金を支払ってください。
 (1) 老初の場合（医療保険の負担割合が1割の方）
 初診時一部負担金（初診の場合に限る）
 ① 医科 580円
 ② 歯科 510円
 ③ 柔道整復 270円
 ④ その他市長が定める額
 (2) 老課の場合（医療保険の負担割合が2割又は3割の方）
 ① 医科、歯科、調剤、柔道整復の場合 1割に相当する額
 ② その他市長が定める額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してく
ださい。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてく
ださい。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんの
で、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745
保険医療機関等の皆様へ
 診療報酬明細書の請求
 医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」
 に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載して
 ください。
 老初で初診時以外の月については、「保険欄」に請求点数のみ記載してく
ださい。

別記第3号様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">乳初</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 子ども医療費受給者証 </div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※以下の文言を付記 【自己負担なし】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。一部負担金を砂川市で全額助成します。
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

- 1 就学前受給者及び小学生の入院・指定訪問看護
 乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。
 - (1) 乳初の場合 初診時一部負担金
 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 乳課の場合 医療費の1割負担
- 2 小学生の通院
 医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。
- 3 公費負担者番号欄の表示が公費92のみの場合
 年齢に関わらず医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第3号の2様式（第4条関係）

乳課		子ども医療費受給者証	
公費負担者番号			受給者番号
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで <small>※3歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは乳初扱い】 ※以下の文言を付記 【自己負担なし】</small>	
発行機関名及び印			
交付年月日		年 月 日	

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。一部負担金を砂川市で全額助成します。
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ TEL 0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

- 1 就学前受給者及び小学生の入院・指定訪問看護
 乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。
 - (1) 乳初の場合 初診時一部負担金
 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 乳課の場合 医療費の1割負担
- 2 小学生の通院
 医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。
- 3 公費負担者番号欄の表示が公費92のみの場合
 年齢に関わらず医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第4号様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;"> 親初 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ひとり親家庭等医療費受給者証 </div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ※高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口へ提出し、次の一部負担金を支払ってください。ただし、高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の一部負担金は砂川市で全額助成します。
 - (1) 親初の場合 初診時一部負担金
 ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 親課の場合 医療費の1割負担に相当する額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
 砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel 0125 - 74 - 4745
 保険医療機関等の皆様へ
 診療報酬明細書の請求
 - 1 有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合
 親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
 - 2 上記1以外の場合
 医療保険と公費93の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
 ※ どちらの場合も親初で初診時以外の月は、医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第4号の2様式（第4条関係）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;"> 親課 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ひとり親家庭等医療費受給者証 </div> </div>			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年	月 日
有効期限	<p style="text-align: center;"> 年 月 日から 年 月 日まで ※3歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは親初扱い】 ※高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】 </p>		
発行機関名及び印			
交付年月日	年	月	日

注 意 事 項

- 1 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、この証を必ず窓口へ提出し、次の一部負担金を支払ってください。ただし、高校生等以下（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の一部負担金は砂川市で全額助成します。
 - (1) 親初の場合 初診時一部負担金
ア 医科 580円 イ 歯科 510円 ウ 柔道整復 270円
 - (2) 親課の場合 医療費の1割負担に相当する額
- 2 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
- 3 氏名、居住地、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日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。
- 7 この手続等についての問い合わせは
砂川市市民部市民生活課保険係へ Tel. 0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

 診療報酬明細書の請求

- 1 有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合
親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。
- 2 上記1以外の場合
医療保険と公費93の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※ どちらの場合も親初で初診時以外の月は、医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。