

新潟市精神障がい者入院医療費助成規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 28 年 1 月 25 日

新潟市長 篠田 昭

新潟市規則第 3 号

新潟市精神障がい者入院医療費助成規則の一部を改正する規則

新潟市精神障がい者入院医療費助成規則（平成 12 年新潟市規則第 67 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 1 項各号列記以外の部分中「被保険者」の次に「，加入者」を加え，同項第 1 号中「本市に」を「第 5 条第 1 項の申請をする時において，本市に」に改め，同項第 3 号中「除く」の次に「。以下同じ」を加え，「している者」を「していた者又は入院を継続している者」に改め，同項第 4 号を次のように改め，同条第 2 項を削る。

（4） 住民票上の世帯の主な生計維持者の，第 5 条第 4 項に規定する助成金の支払日の 1 月前の日の属する年度の総所得金額（所得税法（昭和 40 年法律第 33 号）第 2 条第 2 項に規定する総所得金額をいう。）が 800 万円未満である世帯に属する者第 4 条から第 6 条までを削る。

第 7 条中「市長は，認定者に対し」を「助成金の額は」に，「で引き続き」を「において，」に，「入院治療」を「継続して入院治療」に，「）において」を「）の医療費の自己負担額に相当する額とし」に，「して医療費の自己負担額を助成する」を「する」に改め，ただし書を削り，同条を第 4 条とし，同条の次に次の 1 条を加える。

（助成金の申請及び支払）

第 5 条 助成を受けようとする者は，新潟市精神障がい者入院医療費助成申請書（別記様式第 1 号）に次に掲げる書類を添えて，市長に申請をしなければならない。この場合において，家族等及び医療機関職員は，助成を受けようとする者に代わって申請を行うことができる。

（1） 医療保険各法に規定する被保険者証，加入者証又は組合員証の写し

(2) 同意書（別記様式第2号）（1年度における最初の申請のときに限る。）

(3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、第4項の表左欄に掲げる診療月に応じ、それぞれ当該診療月後最初に到来する同表右欄に定める助成金の支払日の1月前の日（その日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日（以下「休日」という。）に当たる場合は、その日後においてその日に最も近い日曜日、土曜日及び休日でない日。以下「助成金申請期限」という。）までに行うものとする。ただし、診療月に対応する助成金申請期限の翌日から起算して2年を経過したときは、当該診療月に係る助成の申請を行うことができない。

3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を精査し、助成を決定した場合は新潟市精神障がい者入院医療費助成決定通知書（別記様式第3号）により、助成を認めない場合はその理由を記載した通知書（別記様式第4号）により、助成を受けようとする者に通知する。

4 市長は、助成の決定を受けた者に対し、次の表左欄に掲げる診療月に応じ、それぞれ当該診療月後最初に到来する同表右欄に定める助成金の支払日に助成を行うものとする。ただし、診療月に対応する助成金申請期限を過ぎて申請があった場合は、当該申請があった日後においてその日に最も近い助成金申請期限に対応する助成金の支払日に助成を行うものとする。

診療月	助成金の支払日
3月 4月 5月 6月	8月25日
7月 8月 9月 10月	12月25日
11月 12月 1月 2月	4月25日

5 前項の助成金の支払日が日曜日、土曜日又は休日にあたる場合は、その日後においてその日に最も近い日曜日、土曜日及び休日でない日に助成を行うものとする。

第8条を削る。

第 9 条中「認定者」を「助成を受けようとする者又は助成を受けた者」に改め、同条を第 6 条とする。

第 1 0 条を第 7 条とし、第 1 1 条を第 8 条とし、第 1 2 条を第 9 条とする。

別記様式第 1 号から別記様式第 4 号までを次のように改める。

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

申請番号											
新潟市精神障がい者入院医療費助成申請書											
(宛先) 新潟市長		年 月 日									
次のとおり、新潟市精神障がい者入院医療費助成を申請します。											
(申請者) 住所		郵便番号 新潟市									
		氏名 印									
助成を受けようとする者	ふりがな					生年月日	年 月 日生				
	氏名	印				個人番号					
	住所	郵便番号 電話番号 ()									
家族等の連絡先	ふりがな					助成を受けようとする者との関係					
	氏名										
	住所	郵便番号 電話番号 ()									
振込先(本人)	金融機関名称	銀行 本 ・ 支店									
	口座種別	普通	当座	口座番号							
	口座名義人	※カタカナで記入してください。 ※本人名義の口座に限ります。									
入院先医療機関証明欄	1 か月目	診療月	年 月		(初日から末日まで(医療保護・任意)入院)						
		入院医療費	円(保険者		円		入院者 円)				
	2 か月目	診療月	年 月		(初日から末日まで(医療保護・任意)入院)						
		入院医療費	円(保険者		円		入院者 円)				
	3 か月目	診療月	年 月		(初日から末日まで(医療保護・任意)入院)						
		入院医療費	円(保険者		円		入院者 円)				
	4 か月目	診療月	年 月		(初日から末日まで(医療保護・任意)入院)						
		入院医療費	円(保険者		円		入院者 円)				
	上記のとおり証明します。										
	医療機関住所 郵便番号 電話 医療機関名称 施設長名 印										
市記載欄	資格	☐ 住登者 ☐ 生活保護 ☐ マル障 ☐ 後期高齢				障がい者手帳	等級 有効期限	1 級 2 級 年 月 日まで有効			
	病院証明自己負担額 円				健康保険附加給付額 円				= 認定額 円		助成額 円

注 1 太枠の枠内のみ記入をしてください。本人が自署する場合、押印は、不要です。
2 医療保険の資格証(健康保険証等)の写しを添付してください。

別記様式第 2 号（第 5 条関係）

同 意 書

年 月 日

（宛先）新潟市長

新潟市精神障がい者入院医療費助成のために、その業務に従事する市の職員が住民基本台帳を閲覧し、及び所得状況について必要な調査をすることに同意します。

住所		郵便番号		
助成を受けようとする者		ふりがな 氏 名	生年月日	個人番号
		印	年 月 日	
助成を受けようとする者以外の世帯員	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	個人番号
		印	年 月 日	
		印	年 月 日	
		印	年 月 日	
		印	年 月 日	
		印	年 月 日	
		印	年 月 日	

注 この同意書は、助成を受けようとする年度の初回の助成を申請するときに、助成を受けようとする者と住民票上同一の世帯の世帯員について記入及び押印をして提出してください。

別記様式第 3 号（第 5 条関係）

新潟市精神障がい者入院医療費助成決定通知書

第 年 月 日

号

様

新潟市長 印

新潟市精神障がい者入院医療費助成は、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

助成を受けようとする者	氏 名	
	住 所	郵便番号
助成額	月診療分	円
	月診療分	円
	月診療分	円
	月診療分	円
	合 計	円
振込日		
振込先		

注 助成金は、月額 1 万円が上限です。

<問い合わせ先>

助成を受けようとする者	氏 名	
	住 所	郵便番号
助成を認めない 診療月	月診療分	
	月診療分	
	月診療分	
	月診療分	
助成を認めない理由	(1) 世帯の主な生計維持者の総所得金額が新潟市精神障がい者入院医療費助成規則第3条第4号に定める総所得金額以上であったため。 (2) その他の理由	

別記様式第 5 号から別記様式第 7 号までを削る。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は，平成 2 8 年 3 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の新潟市精神障がい者入院医療費助成規則の規定は，この規則の施行の日以後の入院治療に係る医療費の助成について適用し，同日前の入院治療に係る医療費の助成については，なお従前の例による。