

改正

平成21年3月27日規則第16号

平成21年6月30日規則第51号

平成31年3月29日規則第9号

令和2年3月31日規則第2号

令和6年11月29日規則第30号

令和7年5月30日規則第15号

清須市精神障害者医療費支給条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、清須市精神障害者医療費支給条例（平成20年清須市条例第3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。

(社会保険各法)

第2条 条例第3条の規則で定める法令は、次のとおりとする。

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

(医療費支給申請)

第3条 条例第6条第1項に規定する医療費の支給を受けようとする者は、精神障害者医療費支給申請書（第1号様式）に医療に関する給付が行われたことを証する書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他必要な書類を添えて市長に申請しなければならない。

(受給者証の交付申請等)

第4条 条例第7条に規定する精神障害者医療費受給者証（第2号様式。以下「受給者証」という。）の交付を受けようとする者は、精神障害者医療費受給者証交付申請書（第3号様式）に受給資格者であることを証する書類及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第54条第3項の規定により交付された精神通院医療に係る医療受給者証を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、当該申請をした者に対し、受給資格者であることを確認したときは受給者証を交付し、受給資格者でないことを確認したときは精神障害者医療費受給者証交付申請却下通知書（第4号様式）により通知するものとする。
- 3 受給者証の有効期間は、前項の確認があった日の属する月の初日（その者が当該日において受給資格者でない場合にあっては、受給資格者となった日）からその者に交付された精神障害者保健福祉手帳の有効期間の満了の日までとする。

（受給者証の更新申請等）

第5条 受給者証の交付を受けている者が当該受給者証の有効期間の満了の日後も引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、あらかじめ、精神障害者医療費受給者証更新申請書（第5号様式）に当該日後も引き続き受給資格者であることを証する書類を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、当該申請をした者に対し、受給資格者であることを確認したときは受給者証を交付し、受給資格者でないことを確認したときは精神障害者医療費受給者証更新申請却下通知書（第6号様式）により通知するものとする。
- 3 前項の規定により交付する受給者証の有効期間は、現に交付されている受給者証の有効期間の満了の日の翌日からその者に交付される精神障害者保健福祉手帳の有効期間の満了の日までとする。

（受給者証の再交付申請）

第6条 受給者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、精神障害者医療費受給者証再交付申請書（第7号様式）により市長に申請し、受給者証の再交付を受けることができる。

- 2 前項の申請書には、破損し、又は汚損した受給者証を添えなければならない。

（医療費の請求）

第7条 条例第9条第1項の規定により市長から支払を受ける医療機関等は、精神障害者医療費請求書を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の請求書の提出があったときは、第3条の規定による申請があったものとみなす。

（届出事項）

第8条 条例第10条第1項の規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- （1）受給者の氏名、住所又は個人番号
- （2）条例第4条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団（以下「保険者等」という。）又は当該保険者等の名称若しくは事業所

の所在地若しくは給付の内容

(3) 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である受給者にあつては、当該受給者の属する世帯の世帯主若しくは組合員の氏名若しくは住所又はこれらの者の記号番号

(4) 社会保険各法の規定による被保険者、組合員又は加入者である受給者にあつては、当該受給者の記号番号

(5) 社会保険各法の規定による被扶養者である受給者にあつては、当該受給者を扶養している被保険者、組合員若しくは加入者の氏名若しくは住所又はこれらの者の記号番号

2 受給者は、前項各号に掲げる事項に変更があつたときは、当該変更のあつた日から起算して14日以内に精神障害者医療費受給資格等変更届（第8号様式）に当該変更のあつたことを証する書類を添えて市長に届け出なければならない。

（第三者行為による被害の届出）

第9条 条例第10条第1項の医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときの届出は、第三者の行為による被害届（第9号様式）によるものとする。

（資格喪失の届出）

第10条 条例第10条第2項の受給者が受給資格者でなくなったときの届出は、精神障害者医療費受給資格喪失届（第10号様式）によるものとする。

（添付書類）

第11条 第3条の医療に関する給付が行われたことを証する書類若しくは医療に要した費用に関する証拠書類、第4条第1項の引き続き受給資格者であることを証する書類又は第8条第2項の変更のあつたことを証する書類については、市長がその証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、これらの書類の添付を省略することができる。

2 第8条第2項又は条例第10条の規定による届出には、受給者証を添えなければならない。ただし、受給者証を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって当該受給者証に代えることができる。

（医療費に関する処分の通知）

第12条 市長は、医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

（雑則）

第13条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(春日町の編入に伴う経過措置)

- 2 春日町の編入の日の前日までに、編入前の春日町精神障害者医療費支給条例施行規則（平成20年春日町規則第18号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、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21年3月27日規則第16号）

この規則は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成21年6月30日規則第51号）

この規則は、平成21年10月1日から施行する。

附 則（平成31年3月29日規則第9号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年3月31日規則第2号）

- 1 この規則は、令和2年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の各規則の規定に基づいて作成されている申請書その他の用紙は、この規則による改正後の各規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（令和6年11月29日規則第30号抄）

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の各規則の規定に基づいて作成されている申請書その他の用紙は、改正後の各規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（令和7年5月30日規則第15号）

- 1 この規則は、令和7年6月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に第2条の規定による改正前の各規則の規定に基づいて作成されている受給者証は、同条の規定による改正後の各規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

第1号様式（第3条関係）
第1号様式（第3条関係）

精神障害者医療費支給申請書														
年 月 日														
清須市長 様														
申請者 住 所														
氏 名 (自署の場合、押印不要)														
受給資格者	受給者番号							医療保険の 記号番号						
	住 所							被保険者 氏 名						
	氏 名							保 険 者						
	個 人 番 号													
	生 年 月 日	年 月 日生						附加給付の 状 況	有 ・ 無					
	傷 病 名							通院区分	① 入 院 ② 入 院 外					
医 療 機 関		名 称												
		所在地												
医 療 費 総 額		円												
申 請 額		円												
支 払 方 法 (口座振替)		振 込 先 金融機関名				銀 行 店 信用金庫 農 協 所								
		口 座 番 号	普 当				口 座 名義人氏名							
申 請 理 由														

第2号様式（第4条関係）

第2号様式（第4条関係）

（表）

愛知県内のみ有効			
精神障害者医療費受給者証			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	男・女
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 及び印		愛知県清須市 清須市長 	
交付年月日		年 月 日	

この証は、医療機関の窓口へ提出してください。

（裏）

注 意 事 項
- この証は、本人以外は使用できません。 - 保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口提出してください。 - 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。 - 氏名、居住地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。 - 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、市長にその旨を届け出てください。 - この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。 - 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。 - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
（問合せ先） 清須市役所 市民環境部 保険年金課 TEL 052（400）2911

第3号様式（第4条関係）
第3号様式（第4条関係）

※受給者番号																			
精神障害者医療費受給者証交付申請書 年 月 日 清須市長 様 住 所 申請者 氏 名 (自署の場合、押印不要) 電 話 () 次のとおり精神障害者医療費受給者証の交付を申請します。																			
受給資格者	住 所										世帯主との続柄								
	ふ り が な 氏 名								生年月日		年 月 日								
	個 人 番 号																		
世帯主	ふ り が な 氏 名								生年月日		年 月 日								
	個 人 番 号																		
加入医療保険	被 保 険 者		住 所																
			氏 名																
	記 号 番 号																		
	保 険 者 の 名 称										附 加 給 付		有 ・ 無						
	保 険 者 の 所 在 地																		
認定区分	区 分						手 帳 番 号 等						備 考						
	1 精神障害者保健福祉手帳1級																		
	2 精神障害者保健福祉手帳2級																		
	3 精神障害者保健福祉手帳3級																		
備考																			

※については記入の必要はありません。

第4号様式（第4条関係）
第4号様式（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

清須市長



精神障害者医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました精神障害者医療費受給者証の
交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

却下理由

※教示

この処分不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、清須市長に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、清須市を被告として（清須市長が被告の代表者となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起することになります。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第5号様式（第5条関係）
第5号様式（第5条関係）

精神障害者医療費受給者証更新申請書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
(自署の場合、押印不要)
電 話 ()

次のとおり精神障害者医療費受給者証の更新を申請します。

受給資格者	住 所											世帯主との 続 柄		
	ふ り が な 氏 名							生年月日	年 月 日					
	個 人 番 号													
世帯主	ふ り が な 氏 名							生年月日	年 月 日					
	個 人 番 号													
加入 医療 保険	被 保 険 者	住 所												
		氏 名												
	記 号 番 号													
	保 険 者 の 名 称											附 加 給 付	有 ・ 無	
	保 険 者 の 所 在 地													
認 定 区 分	区 分						手 帳 番 号 等				備 考			
	1 精神障害者保健福祉手帳1級 2 精神障害者保健福祉手帳2級 3 精神障害者保健福祉手帳3級													
備 考														

第 号
年 月 日

様

清須市長



精神障害者医療費受給者証更新申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました精神障害者医療費受給者証の更新申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

却下理由

※教示

この処分不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、清須市長に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、清須市を被告として（清須市長が被告の代表者となります。）提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起することになります。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第 7 号様式（第 6 条関係）
第 7 号様式（第 6 条関係）

受給者番号																			
精神障害者医療費受給者証再交付申請書																			
清須市長 様										年 月 日									
申請者										住 所									
										氏 名									
										(自署の場合、押印不要)									
										電 話 ()									
次のとおり受給者証を再交付してください。																			
受給資格者	住 所																		
	氏 名														世帯主との続柄				
	個人番号																		
	生年月日																		
	世帯主名						個人番号												
加入医療保険	名 称																		
	記号番号																		
申 請 理 由			1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 (事情をお書きください。)																

第 8 号様式（第 8 条関係）
第 8 号様式（第 8 条関係）

		受給者番号							
精神障害者医療費受給資格等変更届									
年 月 日									
清須市長 様									
受給者 住 所									
氏 名									
(自署の場合、押印不要)									
電 話 ()									
個人番号									
次のとおり変更が生じました。									
区 分		新		旧		変 更 年 月 日			
受給資格者	氏 名								
	住 所								
加入医療保険	名 称								
	住 所								
	記 号 番 号								
	給 付 内 容 (附加給付)								

第9号様式（第9条関係）
第9号様式（第9条関係）

第三者の行為による被害届

年 月 日

清須市長 様

届出者 住 所
氏 名
(自署の場合、押印不要)
電 話 ()

次のとおり第三者による被害がありました。

事 故 発 生 日	年 月 日		事故発生 場 所							
受給者番号 医療証番号		保険者名		事故原因 と 状 況						
被 害 者 名 (受給者名)	医療保険の 記号・番号				職 業					
	フリガナ				続 柄					
	氏 名				生年月日	年 月 日				
	個 人 番 号									
第 三 者 (加害者) に 関 する 事 項	加 害 者 (運転者)	氏 名				生年月日	年 月 日			
		住 所								
		職 業				電 話	()			
	保 有 者 (契約者)	氏 名				電 話	()			
		住 所								
		加 害 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他 ()							
	自 賠 責 保 険	有	保 険 会 社				証 明 書 番 号			
		無								
	任 意 保 険	有	保 険 会 社				支 店 名	課 名	担 当 者 名	
		無								
		証 券 番 号				電 話	()			
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷 病 名		初 診 日	年 月 日					
当 初				保 険 診 療	有・無					
				保 険 診 療 開 始 日	年 月 日					
転 医 後				診 療 見 込 期 間						
				診 療 見 込 金 額		円				

第10号様式（第10条関係）
第10号様式（第10条関係）

精神障害者医療費受給資格喪失届													
年 月 日													
清須市長 様													
届出者 住 所													
氏 名													
(自署の場合、押印不要)													
電 話 ()													
次のとおり受給資格を喪失しました。													
受 給 者 番 号													
受 給 者 氏 名								生 年 月 日		年 月 日			
個 人 番 号													
喪 失 理 由		1 死亡 (年 月 日)											
		2 転出 (転出先) 転出年月日 (年 月 日)											
		3 その他 ()											
※資格喪失年月日		年 月 日											

- 備考 1 受給者証を添付してください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。