

四日市市障害者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 7 年 1 1 月 2 8 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 1 0 2 号

四日市市障害者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
四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則（平成 1 3 年四日市市規則第
3 1 号）の一部を次のように改正する。

第 1 号様式及び第 2 号様式を次のように改める。

四日市市 障害者医療費受給資格認定申請書

四日市市長

以下のとおり障害者医療費受給資格の認定を受けたく申請します。

年 月 日

申請者 (対象者)	ふりがな											住所 四日市市 電話 ()
	氏名											
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女				
	個人番号 (マイナンバー)											
加入医療保険	ふりがな											住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ()
	氏名											
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女				
	個人番号 (マイナンバー)											
保険者等の 確認方法	<input type="checkbox"/> 添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり（※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの）											
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する⇒ 国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険（社保） ・ 共済組合（公務員） ・ その他											
振込口座	銀行	支店	普通	店番号					ふりがな			
	金庫	支所	普通	口座番号					口座名義人			
	農協	出張所										

代理申請 のとき	代理 申請者 氏名					続柄	代理申請 者住所	電話 ()
-------------	-----------------	--	--	--	--	----	-------------	--------

配偶者 市外 宛名番号 ()	ふりがな											住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ()
	氏名											
	生年月日	年	月	日	性別	男	・	女				
	個人番号 (マイナンバー)											

配偶者以外 の同居の親族 (扶養義務者)	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄		
	氏名												氏名													
	個人番号 (マイナンバー)													個人番号 (マイナンバー)												
	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄		
	氏名												氏名													
	個人番号 (マイナンバー)													個人番号 (マイナンバー)												
	ふりがな											続柄	ふりがな											続柄		
	氏名												氏名													
	個人番号 (マイナンバー)													個人番号 (マイナンバー)												

同意書	この認定に際し、私及び配偶者、扶養義務者の世帯情報、所得・課税状況、住所要件、医療保険加入状況等の必要事項を四日市市が調査・使用することに同意します。												
	また、助成を受けるために医療機関並びに、加入医療保険の保険者に対して四日市市が私の受診状況等について調査することを承諾します。												
	年	月	日										氏名

※16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の有無について
私の所得税法上の扶養親族のうち、前年（受給資格の有効期間の始期が1月から8月までの間にある場合は、前々年）の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者が、 います。 いません。

（表面）

障害者医療費受給資格証				
受給者証番号				
受給資格者	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
加入医療保険	被保険者氏名 <small>（世帯主・組合員）</small>			
	記号・番号			
	保険者の名称			
有効期限		年	月	日から 日まで
年 月 日				
四日市市長				

（裏面）

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. この証は、四日市市障害者の医療費の助成に関する条例により医療助成費の支給を受けることができる証ですから大切に保持してください。 2. 診療等を受けるときは、毎月1回必ず医療保険資格が確認できるものとともに医療機関の窓口へ提示してください。 3. 医療費の助成の取り扱いは、 <ol style="list-style-type: none"> ① 県内の医療機関等で受診した場合は、本証の提示によって医療費の助成の申請がなされたとみなされます。 ② 医療費助成の給付は、保険給付を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内です。 4. 加入している医療保険又はこの証に記載されている事項に変更があったときは、必ず市役所に届け出てください。 5. 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。 6. 転出、死亡等により受給資格を失ったとき又は有効期限を経過したときは、この証を返還してください。
--

第9号様式を次のように改める。

障 害 者
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書
子 ども

年 月 日

四日市市長

住 所 四日市市

申請者 氏 名
(対象者・保護者)

電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日

届出事項	変更前	変更後			
受給者の住所		(. . 異動)			
受給者の氏名		(. . 異動)			
加入医療保険	変更後				
	被保険者 (世帯主 (組合員))	氏名		生年月日	続柄
	保険の種類	国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険 ・ 共済組合 ・ その他 (社保) (公務員)			
<input type="checkbox"/> 添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり ※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの <input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する					

支払金融機関の変更

変更後の 支払金融 機関	ふりがな 口座名義人	銀 行 信用金庫 農 協	支 店 支 所 出張所	普通	店番号	口座番号	続柄

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和7年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式は、改正後の四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(健康福祉部障害福祉課)