

旭川市精神障害者医療費助成条例施行規則

昭和53年4月1日  
規則第9号

|    |                  |                  |
|----|------------------|------------------|
| 改正 | 平成6年9月30日規則第40号  | 平成18年3月31日規則第33号 |
|    | 平成20年3月31日規則第36号 | 平成26年4月1日規則第14号  |
|    | 平成28年4月1日規則第52号  | 令和5年3月24日規則第8号   |
|    | 令和6年11月28日規則第45号 |                  |

(趣旨)

第1条 この規則は、旭川市精神障害者医療費助成条例（昭和53年旭川市条例第6号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定めるものとする。

(助成の範囲)

第2条 条例第4条の規定による助成の範囲は、1月に要した医療費が10,000円を超える場合は10,000円とし、10,000円に満たない場合はその額とする。

(申請)

第3条 条例第5条の規定による申請は、精神障害者医療費助成受給資格認定申請書（様式第1号）に、次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出することにより行わなければならない。

- (1) 保険医療機関の医師の診断書（様式第1号の2）
- (2) 住民票の写し
- (3) 医療保険各法による被保険者又は被扶養者であることを証する書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

(受給資格の更新)

第4条 市長は、条例第5条の規定により精神障害者医療費助成受給資格の認定を受けた者に対し、隔年の3月1日から同月31日までの間に資格の更新をするものとする。

(助成金の請求)

第5条 条例第6条第1項の規定により助成金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（様式第2号）に、次の各号に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 診療等に要した費用に関する証拠書類
- (2) その他市長が必要と認める書類

(助成金の支払)

第6条 市長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、第2条に規定する助成金を速やかに支払うものとする。

(届出)

第7条 条例第7条第1号に規定する届出は、精神障害者医療費助成受給資格変更届（様式第3号）を市長に提出することにより行わなければならない。

2 条例第7条第2号に規定する届出は、精神障害者医療費助成受給資格喪失届（様式第4号）を市長に提出することにより行わなければならない。

附 則

この規則は、昭和53年4月1日から施行する。

附 則（平成6年9月30日規則第40号）

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則（平成18年3月31日規則第33号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成20年3月31日規則第36号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成26年4月1日規則第14号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年 4 月 1 日規則第52号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 5 年 3 月24日規則第 8 号）

（施行期日）

1 この規則は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の旭川市精神障害者医療費助成条例施行規則の様式の規定に基づいて作成されている用紙は、この規則による改正後の旭川市精神障害者医療費助成条例施行規則の様式の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

様式第 1 号

（第 3 条関係）

様式第 1 号の 2

（第 3 条関係）

様式第 2 号

（第 5 条関係）

様式第 3 号

（第 7 条関係）

様式第 4 号

（第 7 条関係）

附 則（令和 6 年11月28日規則第45号）

この規則は、令和 6 年12月2日から施行する。

様式第 1 号（第 3 条関係）

(表)  
精神障害者医療費助成受給資格認定申請書

(宛先) 旭川市長

平成            年            月            日

|                                                                       |                       |                                                 |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|------------------|-------------------------------------------|--------|------------------|--|--|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|--------|--------|---|--|
| 精神障害者医療費助成受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。                                  | 申<br>請<br>者           | 住<br>所                                          |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       |                       | 氏<br>名                                          |  |  |  |                  |                                           | 電<br>話 |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       |                       | 対象者との関係                                         |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
| 対<br>象<br>者                                                           | ふ<br>り<br>が<br>な      |                                                 |  |  |  |                  | 住<br>所                                    | 旭川市    |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       | 氏<br>名                |                                                 |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       | 生<br>年<br>月<br>日      | 昭和<br>平成            年            月            日 |  |  |  |                  | 市<br>民<br>と<br>な<br>っ<br>た<br>年<br>月<br>日 |        |                  |  |  | 年            月            日 |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       | 医療<br>保険              | 被<br>保<br>険<br>者<br>名                           |  |  |  | 記<br>号<br>番<br>号 |                                           |        | 保<br>険<br>者<br>名 |  |  |                             | 保<br>種<br>別 | 協<br>会<br>組<br>管<br>船<br>員<br>共<br>済<br>国<br>保<br>国<br>組 |        |        |   |  |
|                                                                       | 医<br>療<br>機<br>関<br>名 | 機<br>関<br>称                                     |  |  |  |                  | 医<br>療<br>機<br>関<br>所<br>在<br>地           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
| 家<br>族<br>等                                                           | 氏<br>名                |                                                 |  |  |  |                  | 住<br>所                                    |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       | 対象者との関係               |                                                 |  |  |  |                  | 電<br>話                                    |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
| ※ 申請内容を審査の結果、適当と認める。（認定年月日：平成            年            月            日） |                       |                                                 |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |
|                                                                       |                       |                                                 |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             | 課<br>長                                                   | 補<br>佐 | 係<br>長 | 係 |  |
|                                                                       |                       |                                                 |  |  |  |                  |                                           |        |                  |  |  |                             |             |                                                          |        |        |   |  |

(注)    1    申請者は、※欄に記入しないでください。  
      2    家族等の欄は、申請者及び対象者のほかに連絡先がある場合にのみ記入してください。

## 様式第1号

(裏)  
精神障害者医療費助成記録

[illegible]

様式第1号の2（第3条関係）

|                                                                                                                            |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| 診 断 書                                                                                                                      |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| 氏 名                                                                                                                        |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| 生年月日                                                                                                                       | 昭和<br>・<br>平成 年 月 日 生                                                                                                          |  |   |   |   |  |  |
| 病 名                                                                                                                        | I C Dコード <table><tr><td>F</td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>G</td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td></tr></table> |  | F | ・ | G |  |  |
| F                                                                                                                          |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| ・                                                                                                                          |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| G                                                                                                                          |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| 入 院 区 分                                                                                                                    | 任意入院 ・ 医療保護入院                                                                                                                  |  |   |   |   |  |  |
| 治 療 開 始                                                                                                                    | 年 月 日（推定 年 月 日）                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| <div>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条第1項に定める「精神障害者」であることを診断する。</div> <div>年 月 日</div> <div>医療機関名</div> <div>所在地</div> <div>医師名</div> |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |
| 診断書使用目的<br>旭川市精神障害者医療費助成条例第5条による助成資格申請用                                                                                    |                                                                                                                                |  |   |   |   |  |  |

精神障害者医療費支給申請書

令和      年      月      日

(宛先)旭川市長

住 所  
氏 名  
申請者 受給者との関係  
電 話

(印)

精神障害者医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

|             |                               |                                                       |          |                         |          |   |   |   |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|-------------------------|----------|---|---|---|
| 受給者         | 住 所                           |                                                       |          | 医療保険<br>記号番号            |          |   |   |   |
|             | 氏 名                           |                                                       |          | 生年月日                    | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| 医療<br>機関    | 名 称                           |                                                       |          |                         |          |   |   |   |
|             | 所 在 地                         |                                                       |          |                         |          |   |   |   |
| 入 院 期 間     |                               | 令和      年      月      日 から 令和      年      月      日 まで |          |                         |          |   |   |   |
| 療養に要した費用    |                               | 円                                                     |          |                         |          |   |   |   |
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協      | 本店<br>支店<br>本所<br>支所                                  | 口座<br>種別 | 1 普通      2 当座<br>3 その他 |          |   |   |   |
|             |                               |                                                       | 口座<br>番号 |                         |          |   |   |   |
|             | フ      リ      ガ      ナ        |                                                       |          |                         |          |   |   |   |
|             | 口 座 名 義 人                     |                                                       |          |                         |          |   |   |   |
| ※ 請求内訳      | 保 険 診 療 額                     | 本 人 負 担 額                                             |          | 支 給 額                   |          |   |   |   |
|             | 円                             | 円                                                     |          | 円                       |          |   |   |   |
| ※ 備 考       | 10,000円×      月 =      0,000円 |                                                       |          |                         |          |   |   |   |

(注) 申請者は、※欄に記入しないでください。

精神障害者医療費助成受給資格変更届

平成 年 月 日

(宛先)旭川市長

住所

届出者 氏名

電話

精神障害者医療費助成受給資格の内容に変更があつたので、次のとおり届け出ます。

|       |       |         |      |                      |
|-------|-------|---------|------|----------------------|
| 受給者氏名 |       |         | 生年月日 | 昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日 |
| 新住所   | 受給者   |         |      | 変更 年 月 日             |
|       | 家族等   |         |      | 変更 年 月 日             |
| 新氏名   | 受給者   |         |      | 変更 年 月 日             |
|       | 家族等   |         |      | 変更 年 月 日             |
| 新医療保険 | 被保険者名 |         |      | 変更 年 月 日             |
|       | 保険種別  | 協組船国国組共 | 記号番号 |                      |
|       | 保険者名  |         |      |                      |

家族等(連絡先)の変更があつた場合

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 住所 |  | 変更 年 月 日 |
| 氏名 |  | 受給者との関係  |
| 電話 |  |          |

様式第4号(第7条関係)

## 精神障害者医療費助成受給資格喪失届

平成      年      月      日

(宛先)旭川市長

住所

届出者 氏名

## 受給者との関係

電話

精神障害者医療費助成受給資格を喪失したので、次のとおり届け出ます。

|       |                                             |          |   |   |   |
|-------|---------------------------------------------|----------|---|---|---|
| 受給者氏名 | 生年月日                                        | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| 届出の理由 | 1 他の市町村へ転出<br>2 生活保護の受給開始<br>3 死 亡<br>4 その他 |          |   |   |   |
| 事由発生日 | 平成 年 月 日                                    |          |   |   |   |