

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

## ○大町市福祉医療費資金貸付規則

平成15年3月20日

規則第7号

改正 平成16年3月9日規則第6号

平成20年3月19日規則第5号

平成25年2月22日規則第1号

平成29年12月22日規則第29号

(目的)

第1条 この規則は、大町市福祉医療費特別給付金条例（昭和55年条例第4号。以下「条例」という。）に基づき給付される福祉医療費特別給付金（以下「特別給付金」という。）の受給者であつて、医療費の支払が困難なものの生活の安定と自立を促すため医療費の支払に当てる資金（以下「資金」という。）を貸し付けることについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(貸付対象者)

第2条 資金の貸付けを受けることができる者は、次に掲げる要件を満たす者のうち市長が医療費の支払が困難と認めたものとする。

(1) 条例に基づき特別給付金の受給資格を有する者であること。

(2) 世帯及び生計を一にする者のいずれにも当該年度分の市民税が課せられていないこと。

(貸付額)

第3条 資金の貸付額は、条例第6条に規定する給付金の範囲内とする。

(認定証の交付)

第4条 資金の貸付けを受けようとする者は、あらかじめ大町市福祉医療費資金貸付資格認定申請書（様式第1号。以下「認定申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の認定申請書を受理したときは、内容を審査し、資金の貸付資格を有すると決定したときは、福祉医療費資金貸付認定証（様式第2号。以下「認定証」という。）を交付するものとする。

(認定証の提示)

第5条 資金の貸付けを利用して協力医療機関等（条例第2条第7号に定めるものをいう。以下同じ。）で療養の給付等を受けようとする者は、その都度認定証及び被保険者証を提示し、協力医療機関等が発行する一部負担金等の請求書（以下「一部負担金等請求書」という。）を受領しなければならない。

(貸付けの申請)

第6条 認定証の交付を受けた者が資金の貸付けを受けようとしたときは、大町市福祉医療費資金貸付申請書（様式第3号。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(1) 所得証明書及び市民税完納証明書

(2) 一部負担金等請求書

2 前項の申請は、協力医療機関等ごとに1月単位で行うものとする。

(貸付けの決定)

## 大町市福祉医療費資金貸付規則

第7条 市長は、前条の申請書を受理したときは、速やかに内容を審査し、資金の貸付けの可否及び貸付額を決定しなければならない。

2 市長は、資金の貸付けの可否及び貸付額を決定したときは、大町市福祉医療費資金貸付決定通知書（様式第4号。以下「決定通知書」という。）により、前条の申請書を提出した者に対し、通知するものとする。

3 前項の決定通知書を受けた者（以下「借受人」という。）は、大町市福祉医療費資金借用書（様式第5号。以下「借用書」という。）を市長に提出しなければならない。

（貸付方法）

第8条 資金の貸付方法は、原則として借受人が指定した金融機関の口座へ振り込むものとする。ただし、市長が特に必要と認めた場合にあっては、その他の方法によることができる。

（貸付期間等）

第9条 資金の貸付期間は、当該貸付金に係る特別給付金が支給される日までの間とする。

（借受人の責務）

第10条 借受人は、資金の貸付けのあった月の月末までに、医療費を協力医療機関等へ支払い、領収書を受領しなければならない。

2 借受人は、条例第8条の規定により特別給付金の給付申請をし、申請書とともに、前項の領収書を市長に提出しなければならない。

（償還方法等）

第11条 借受人は、第6条の規定による申請と同時に、市長に対し特別給付金支給時に特別給付金と当該貸付金債権を対等額において相殺する旨の停止条件付相殺契約（以下「相殺契約」という。）の申込みを行うものとする。

2 前項に規定する相殺契約の申込みは、停止条件付相殺契約申込書（様式第6号）により行うものとする。

3 当該相殺契約の申込みに対する市長の応諾は、決定通知書の交付により行われたものとみなす。

4 市長は、当該相殺契約に基づき、特別給付金支給時に特別給付金と当該貸付金債権を対等額において相殺し、その差額を借受人に対し支給するものとする。

5 前項の規定にかかわらず、特別給付金の額が当該貸付金の額に満たないときは、市長は、当該相殺契約に基づき、支給すべき特別給付金の額の限度においてこれを当該貸付金額と相殺し、その差額を借受人に対し第9条に規定する日までに償還させるものとする。

（即時償還）

第12条 市長は、次の各号の一に該当すると認めるときは、前条の規定にかかわらず、借受人に対し、直ちに貸付金の金額を償還させるものとする。

（1）借受人が詐欺その他不正の行為により貸付けを受けたとき。

（2）当該貸付けに係る被保険者が第2条各号に該当しないことが明らかになったとき。

（申請の変更等）

## 大町市福祉医療費資金貸付規則

第13条 借受人は、氏名若しくは住所又は加入医療保険その他の当該貸付けに係る内容に変更が生じたときは、速やかに大町市福祉医療費資金貸付申請内容変更届（様式第7号。以下「変更届」という。）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、変更届を受理したときは、速やかにその内容を審査し、その後の当該貸付金の取扱いについて決定し、又は処理するものとする。

（補則）

第14条 この規則に定めるもののほか、資金の貸付けに関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成15年7月1日から施行する。

附 則（平成16年3月9日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月19日規則第5号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成25年2月22日規則第1号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成29年12月22日規則第29号）

この規則は、公布の日から施行する。

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第1号（第4条関係）

## 大町市福祉医療費資金貸付資格認定申請書

年 月 日

大町市長 殿

住 所  
申請者 （電話 ）

氏 名

福祉医療費資金貸付資格の認定について次のとおり申請します。

なお、資格審査において、市が私の属する世帯に係る市民税課税状況等を閲覧することに同意します。

|                |                       |      |       |    |                                    |
|----------------|-----------------------|------|-------|----|------------------------------------|
| 資格認定申請者        | (ふりがな)<br>氏 名         | 生年月日 | 受給者番号 | 続柄 | 受給対象区分<br>(乳幼児等、心身障がい・精神障がい・母子家庭等) |
|                |                       |      |       |    |                                    |
|                |                       |      |       |    |                                    |
|                |                       |      |       |    |                                    |
| 世帯員・家族等の<br>状況 |                       |      |       |    |                                    |
|                |                       |      |       |    |                                    |
|                |                       |      |       |    |                                    |
|                |                       |      |       |    |                                    |
| 医療費の支払いが困難な理由  |                       |      |       |    |                                    |
| 貸付対象期間         | 年 月 日 から 年 月 日 までの 月間 |      |       |    |                                    |

|     |         |    |         |       |                 |
|-----|---------|----|---------|-------|-----------------|
| 処理欄 | 市民税課税状況 |    | 市税滞納の有無 | 審査結果  | 有効期間            |
|     | 非課税     | 課税 | 有・無     | 認定・却下 | 年 月 日から 年 月 日まで |

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第2号（第4条関係）

（表面）

| 図 福祉医療費資金貸付認定証   |         |   |   |      |     |
|------------------|---------|---|---|------|-----|
| 市町村番号            |         |   |   | 事業番号 |     |
| 受給者番号            |         |   |   |      |     |
| 受給者              | 居住地     |   |   |      |     |
|                  | 氏名      |   |   |      |     |
|                  | 生年月日    | 年 | 月 | 日生   | 男・女 |
| 有効期限             | 年 月 日から |   |   |      |     |
|                  | 年 月 日まで |   |   |      |     |
| 摘要               |         |   |   |      |     |
| 発行機関名<br>長野県大町市長 |         |   |   |      |     |
| 交付年月日<br>年 月 日   |         |   |   |      |     |

（裏面）

## 注 意 事 項

- この証は、長野県内及び一部隣接県の保険医療機関等において受診したときに、本市の医療費支払資金の貸付制度を利用できる証ですから、大切に保管してください。
- 貸付制度を利用して保険医療機関等に受診するときは、被保険者証又は組合員証に添えてこの証を窓口にはず提示し、保険の自己負担に係る請求書を発行してもらい、一月分まとめて市役所に借入申請をしてください。
- 貸付制度は、保険医療機関等ごとに一月単位で利用していただくこととなりますので、同一保険医療機関等に継続して受診するときに、月の途中での貸付制度利用開始や中断はできません。
- この証の記載事項に変更があったときは、変更事由が生じた日から14日以内にこの証を持参のうえ、市役所に届け出てください。
- 転出等により受給資格がなくなったり、有効期間が経過したときは、速やかにこの証を市役所に返納してください。
- 保険医療機関等から請求書の発行を受けても本市に借入申請をしないときや、貸付金を他の目的に使用して保険医療機関等に支払をしないときは、貸付制度の利用又は福祉医療給付金の支払を停止することがあります。

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第3号（第6条関係）

| 大町市福祉医療費資金貸付申請書          |           |            |                  |                        |
|--------------------------|-----------|------------|------------------|------------------------|
| 年 月 日                    |           |            |                  |                        |
| 大町市長 殿                   |           |            |                  |                        |
| 次のとおり福祉医療費資金の貸付けを申請します。  |           |            |                  |                        |
| 申請者 住所 (電話 )<br>氏 名      |           |            |                  |                        |
| ① 受給者証番号                 |           | 貸付決定       | ※ 年 月 日          |                        |
| ② 受給者氏名                  |           | 生年月日       | 明・大・昭・平<br>年 月 日 | 申請者との続柄                |
| ③ 療養を受けた医療機関、薬局等の名称及び所在地 | 名称        |            |                  |                        |
|                          | 所在地       |            |                  |                        |
| ④ ③の医療機関等で診療を受けた期間       |           | 年 月 日から    | 日間               |                        |
|                          |           | 年 月 日まで    |                  |                        |
| ⑤ ④の期間に受けた療養に対し支払うべき額    |           | 円          |                  |                        |
| 福祉医療資金                   | 総医療費<br>A | 一部負担金<br>B | 高額療養支払見込額<br>C   | 受給者等負担金<br>(貸付申請額) B-C |
| 借入申請額                    | 円         | 円          | 円                | 円                      |

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第4号（第7条関係）

## 大町市福祉医療費貸付決定通知書

市第            号  
年    月    日

様

大町市長  印

年    月    日付で申請のありました福祉医療費資金の貸付けについては、  
次のとおり決定しましたので通知します。

なお、同時に申込みのあった停止条件付相殺契約については、この決定通知書の交付  
により応諾したことになります。

|   |        |   |
|---|--------|---|
| 1 | 貸付する資金 | 年    月    日付で申請のあった資金   |
| 2 | 貸付決定額  | 円   |
| 3 | 貸付予定時期 | 年    月    日   |
| 4 | 貸付方法   | 1 口座振込            (振込先=指定口座)  |
| 5 | 貸付条件   | 1 貸付期間（当該貸付金に係る特別給付金が支給されるまでの間）中に氏名、住所、加入医療保険等に変更が生じたときは、速やかに「大町市福祉医療費資金貸付内容変更届」を市長に提出すること。 |

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第5号（第7条関係）

## 大町市福祉医療費資金借用書

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| 1 借入資金 | 福祉医療費                    |
| 2 借入額  | 円                        |
| 3 借入期間 | 大町市福祉医療費資金貸付規則第9条の規定による  |
| 4 償還方法 | 大町市福祉医療費資金貸付規則第11条の規定による |

上記のとおり借用します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

借受人

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

大町市長 殿

様式第6号（第11条関係）

停止条件付相殺契約申込書

年 月 日

大町市長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

届出人

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

次のとおり停止条件を付した相殺契約を申し込みます。

1 停止条件

- (1) 大町市福祉医療費資金貸付規則の規定に基づく福祉医療費資金が大町市長から申込者に対して貸付け（これによって生じる債権を、以下「貸付金債権」という。）されること。
- (2) 大町市福祉医療特別給付金条例に基づき給付される福祉医療費特別給付金が、大町市長から申込者に対して支給されること。

2 契約内容

大町市長は、申込者に対する特別給付金の支払時に、貸付金債権を対等額において相殺するものとする。

# 大町市福祉医療費資金貸付規則

様式第7号（第13条関係）

大町市福祉医療費資金貸付申請内容変更届

年 月 日

大町市長 殿

届出人 住 所  
氏 名 ㊟

福祉医療費資金の貸付に係る申請内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

|                  |                            |                   |         |
|------------------|----------------------------|-------------------|---------|
| 受 給 者 番 号        | —                          |                   |         |
| 変 更 対 象 者        |                            |                   |         |
| 変 更 年 月 日        | 年 月 日                      |                   |         |
| 変<br>更<br>内<br>容 | 変 更 項 目                    |                   |         |
|                  | 住 所                        |                   |         |
|                  | 氏 名                        |                   |         |
|                  | 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 記号・番号             |         |
|                  |                            | 保 険 者 名<br>(番号)   | ( ) ( ) |
|                  |                            | 被 保 険 者 名<br>(続柄) | ( ) ( ) |
| そ の 他            |                            |                   |         |

- 様式第1号 (第4条関係)
- 様式第2号 (第4条関係)
- 様式第3号 (第6条関係)
- 様式第4号 (第7条関係)
- 様式第5号 (第7条関係)
- 様式第6号 (第11条関係)
- 様式第7号 (第13条関係)