

京都市老人医療費支給条例施行規則に規定する申請書、文書及び異動届等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、別に定めるもののほか、京都市老人医療費支給条例施行規則（以下「規則」という。）の施行に関し、必要な様式を定めるものとする。

(受給者証の交付申請に係る様式)

第2条 規則第3条第1項に規定する申請書は、老人医療費受給者証交付申請書（第1号様式）とする。

(受給者証の交付申請の却下に係る様式)

第3条 規則第5条第1項に規定する文書は、老人医療費受給者証交付・更新申請却下通知書（第2号様式）とする。

(受給者証の再交付に係る様式)

第4条 規則第6条第1項に規定する申請書は、老人医療費受給者証再交付申請書（第3号様式）とする。

(医療費の支給申請に係る様式)

第5条 規則第8条第1項に規定する申請書は、老人医療費支給申請書（第4号様式）とする。

(認定証の交付申請に係る様式)

第6条 規則第10条の3第1項に規定する申請書は、福祉医療費一部負担金限度額適用認定証交付申請書（第5号様式）とする。

(認定証の交付申請の却下に係る様式)

第7条 規則第10条の6第1項に規定する文書は、福祉医療費一部負担金限度額適用認定証交付申請却下通知書（第6号様式）とする。

(認定証の再交付に係る様式)

第8条 規則第10条の7第1項で読み替える認定証の再交付に係る申請書は、福祉医療費一部負担金限度額適用認定証再交付申請書（第7号様式）とする。

(異動の届出に係る様式)

第9条 規則第11条第2項に規定する異動届は、老人医療費受給者異動届（第8号様式）とする。

(第三者の行為による被害の届出に係る様式)

第10条 規則第13条第1項に規定する文書は、老人医療費第三者加害届（第9号様式）とする。

(医療費の返還請求に係る様式)

第11条 規則第14条第1項に規定する文書は、老人医療費返還請求通知書（第10号様式）とする。

2 民法第703条の規定により医療費の全部又は一部を返還させることを決定したときは、老人医療費返還請求通知書（第11号様式）により請求するものとする。

(受給者証の様式)

第12条 規則第4条第1項本文中に規定する受給者証は、福祉医療費受給者証（第12号様式）とする。ただし、対象者が規則第10条第1項第2号に掲げる者である場合にあっては、第13号様式とする。

(認定証の様式)

第13条 規則第10条の3第2項に規定する認定証は、福祉医療費一部負担金限度額適用認定証(第14号様式)とする。

附 則

この要綱は、平成27年7月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和元年7月5日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和2年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年5月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和8年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 従前の様式による用紙は、市長が認めるものに限り、当分の間、これを使用することができる。

老人医療費受給者証交付申請書 ☐新規  
☐更新

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| (宛先) 京 都 市 長    | 年 月 日       |
| 申請者の住所<br>京都市 区 | 申請者の氏名      |
| (電話) — (携帯) — — | 対象者との続柄 ( ) |

京都市老人医療費支給条例第3条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

|     |      |         |       |           |
|-----|------|---------|-------|-----------|
| 対象者 | 住所   | □申請者に同じ |       |           |
|     | フリガナ |         | 電話    | —<br>生年月日 |
|     | 氏名   | □申請者に同じ | 年 月 日 |           |

|                   |         |             |  |  |  |         |  |       |  |  |  |
|-------------------|---------|-------------|--|--|--|---------|--|-------|--|--|--|
| 加入医療保険            | 被保険者の住所 | □申請者に同じ     |  |  |  |         |  |       |  |  |  |
|                   |         | 電話 ー        |  |  |  |         |  |       |  |  |  |
|                   | 被保険者の氏名 | □申請者に同じ     |  |  |  | 資格取得年月日 |  | 年 月 日 |  |  |  |
|                   |         | 対象者との続柄 ( ) |  |  |  |         |  |       |  |  |  |
|                   | 証記号・番号  |             |  |  |  | 保険者番号   |  |       |  |  |  |
| 証発行機関の名称          | 電話 ー    |             |  |  |  |         |  |       |  |  |  |
| □加入医療保険の詳細は別紙のとおり |         |             |  |  |  |         |  |       |  |  |  |

|       |                                                                                                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 付加給付等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容）<br>※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 配偶者、同居者及び扶養関係者等の状況

配偶者、同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ）は以下のとおりです。

| 氏名 | 生年月日  | 続柄 | 備考（別住所の場合は住所、連絡先） |
|----|-------|----|-------------------|
|    | 年 月 日 |    |                   |
|    | 年 月 日 |    |                   |
|    | 年 月 日 |    |                   |
|    | 年 月 日 |    |                   |
|    | 年 月 日 |    |                   |

## 同意書

京都市老人医療費支給条例第2条及び同条例施行規則第10条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無等）について同意します。

|         |  |      |   |   |
|---------|--|------|---|---|
|         |  | 年    | 月 | 日 |
| (対象者氏名) |  | (氏名) |   |   |
| (氏名)    |  | (氏名) |   |   |
| (氏名)    |  | (氏名) |   |   |

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。
- 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。
- 3 「配偶者、同居者及び扶養関係者の状況」の欄には、以下に該当する方を全て記載してください。
- ・配偶者（別居の配偶者及び婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）
  - ・同一住所にお住まいの方（住民基本台帳上で世帯分離している方も含みます。）
  - ・別住所にお住まいの方（医療保険や税で扶養関係がある方）

|                                                          |     |     |     |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| ※本市使用欄                                                   | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
| 上記の申請に基づき裏面のとおり決定する。         年            月            日 |     |     |     |

|      |       | 申請者の所得     | 配偶者の所得     | 生計維持者の所得   |
|------|-------|------------|------------|------------|
| 所得税額 |       | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 |
| 市民税  | 課税所得額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 総収入金額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 課税状況  | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   |

|      |       | 世帯員 ① の所得  | 世帯員 ② の所得  | 世帯員 ③ の所得  |
|------|-------|------------|------------|------------|
| 所得税額 |       | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 |
| 市民税  | 課税所得額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 総収入金額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 課税状況  | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   |

| 審 査 結 果 |           |                                                         |       |       |       |  |  |         |                                                                 |                  |
|---------|-----------|---------------------------------------------------------|-------|-------|-------|--|--|---------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| □ 認定    | 受給者番号     |                                                         |       |       |       |  |  | 取得事由    | 01 転入<br>02 医療保険加入<br>03 年齢(満65歳)到達<br>06 申請により認定したため<br>09 その他 | (制度区分)<br>01 非課税 |
|         | 資格取得年月日   | 年 月 日                                                   |       |       |       |  |  |         |                                                                 |                  |
|         | 受給者証交付年月日 | 年 月 日                                                   |       |       |       |  |  |         |                                                                 |                  |
|         | 負担区分      | 1. 2割                                                   | 2. 3割 | 3. 低Ⅱ | 4. 低Ⅰ |  |  |         |                                                                 |                  |
| □ 却下    | 却下理由      | <input type="checkbox"/> 申請者・配偶者・主たる生計維持者等に所得税が課されているため |       |       |       |  |  | 却下通知年月日 |                                                                 |                  |
|         |           | <input type="checkbox"/> その他( )                         |       |       |       |  |  | 年 月 日   |                                                                 |                  |

老人医療費受給者証交付・更新申請却下通知書

|   |                 |
|---|-----------------|
| 様 | 年      月      日 |
|   | 京 都 市 長      印  |

|                                                                    |                 |  |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--------------------------------------------------------------|
| 京都市老人医療費支給条例第 2 条に規定する対象者であると認定しないこととしたので、同条例施行規則第 5 条の規定により通知します。 |                 |  |                                                              |
| 申請日                                                                | 年      月      日 |  | 申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 |
| 対象者                                                                | 住所              |  |                                                              |
|                                                                    | 氏名              |  | 生年月日                                                         |
|                                                                    |                 |  | 年      月      日                                              |
| 申請却下の理由                                                            |                 |  |                                                              |

注    該当する□の中にレ印がしてあります。

この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して 3 箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 箇月以内に京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、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。

老人医療費受給者証再交付申請書

|                                                     |                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| (宛先) 京 都 市 長                                        | 年        月        日                            |
| 申請者の住所<br>京都市        区<br>電話                      — | 申請者の氏名<br><br>受給者との続柄 (                      ) |

|                                                 |                                                                                                                                     |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第 6 条第 1 項の規定により受給者証の再交付を申請します。 |                                                                                                                                     |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |
| 受給者                                             | 住 所                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ<br><br>電話                      — |       |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 氏 名                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ                                  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由                                           | <input type="checkbox"/> 破れた。<br><br><input type="checkbox"/> 汚れた。<br><br><input type="checkbox"/> 紛失した。<br><br>紛失日や紛失場所等を記入してください。 |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | <div></div>                                                                                                                         |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
2 破れたとき、又は汚れたときは、その受給者証を添えてください。

※本市使用欄

|                                                   |     |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 上記の申請に基づき再交付することを決定する。<br><br>年        月        日 | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
|                                                   |     |     |     |

老人医療費支給申請書

|                  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
| (宛先) 京 都 市 長     |  |  |  |  | 年 月 日            |  |  |  |  |
| 申請者（窓口に来られた方）の住所 |  |  |  |  | 申請者（窓口に来られた方）の氏名 |  |  |  |  |
| (電話) - -         |  |  |  |  | 受給者との続柄 ( )      |  |  |  |  |

京都市老人医療費支給条例第4条の規定による医療費の支給を申請します。

|     |    |                                 |  |  |       |   |  |  |  |
|-----|----|---------------------------------|--|--|-------|---|--|--|--|
| 受給者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |  |  |       |   |  |  |  |
|     | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |  |  | 電話    | - |  |  |  |
|     |    |                                 |  |  | 受給者番号 |   |  |  |  |

|       |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 付加給付等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容 )<br>※ 国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 老人医療費支給制度を取り扱わない医療機関等を受診した。（府外受診等）<br><input type="checkbox"/> 受給者証を医療機関等の窓口で提示できず、医療費を支払った。<br><input type="checkbox"/> 医療保険で療養費の支給を受けた。<br><input type="checkbox"/> 個人の自己負担限度額を超えて一部負担金を支払った。<br><input type="checkbox"/> 世帯の自己負担限度額を超えて一部負担金を支払った。（他の老人医療受給者と合算）<br>→合算対象とする他の受給者〔氏名： 〕、〔氏名： 〕<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                |                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診先<br>(医療機関等) | 別添の領収書等の記載のとおり |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|     |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請額 | 別添の領収書等の領収金額（医療保険適用分）から一部負担金等を差し引いた金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|      |                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 受領証・領収書 ( 枚) <input type="checkbox"/> 療養費支給証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 領収書の返却を希望します。                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                                                   |                                                                                     |  |  |                 |  |  |     |    |       |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------|--|--|-----|----|-------|--|
| 振込先          | <input type="checkbox"/> 次の口座 <input type="checkbox"/> 前回支給を受けた口座 |                                                                                     |  |  |                 |  |  |     |    |       |  |
|              | 振込先<br>金融機関                                                       | 金融機関名                                                                               |  |  | 金融機関コード         |  |  | 支店名 |    | 支店コード |  |
|              |                                                                   | 銀行<br>金庫<br>農協                                                                      |  |  |                 |  |  |     | 支店 |       |  |
|              | 預金種目                                                              | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 |  |  | 口座名義人<br>(カタカナ) |  |  |     |    |       |  |
| 口座番号<br>(右詰) |                                                                   |                                                                                     |  |  |                 |  |  |     |    |       |  |

|            |                                                                                                        |            |  |  |     |       |       |         |  |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|-----|-------|-------|---------|--|--|
| 委任状        | 私(委任者)は受任者に上記の医療費に係る( <input type="checkbox"/> 申請書の提出、 <input type="checkbox"/> 医療費の受領)を委任し、代理権を授与します。 |            |  |  |     |       |       |         |  |  |
|            | 受任者                                                                                                    | 住所         |  |  |     |       |       | 受給者との続柄 |  |  |
|            |                                                                                                        | 氏名<br>(署名) |  |  |     | 生年月日  | 年 月 日 |         |  |  |
|            | 委任者                                                                                                    | 住所         |  |  |     |       |       |         |  |  |
| 氏名<br>(署名) |                                                                                                        |            |  |  | 委任日 | 年 月 日 |       |         |  |  |

注1 必要事項及び該当する□にレ印を記入してください。

2 「申請額」欄について、医療保険の対象外となる治療や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入、社会保険各法の規定による高額療養費の支給等により、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。

| 審 査 結 果                     |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |     |       |  |
|-----------------------------|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|-------|--|
| <input type="checkbox"/> 支給 |      | 診療月  | 支給額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 医療種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |       |  |
|                             | ①    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ②    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ③    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ④    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ⑤    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ⑥    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ⑦    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ⑧    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
|                             | ⑨    | 年 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |    |     |       |  |
| ⑩                           | 年 月分 | 円    | <input type="checkbox"/> 一般診療 [病院名 (外来/入院)]<br><input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸<br><input type="checkbox"/> 高額医療費 [ 区分Ⅰ/区分Ⅱ/一般/現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 、個人外来 / 世帯入院 ]<br><input type="checkbox"/> 年間限度額 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |     |       |  |
| <input type="checkbox"/> 却下 | 理由   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |     |       |  |
| 上記のとおり決定する。<br><br>年 月 日    |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 課長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 係長 | 係員 | 通知日 | 年 月 日 |  |
|                             |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    | 支給日 | 年 月 日 |  |

福祉医療費一部負担金限度額適用認定証交付申請書

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| (宛先) 京 都 市 長    | 年 月 日       |
| 申請者の住所<br>京都市 区 | 申請者の氏名      |
| (電話) - (携帯) - - | 受給者との続柄 ( ) |

|                                                                                                      |    |                                         |       |    |  |    |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------|-------|----|--|----|--|--|--|--|
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第10条の3第1項の規定により認定証の交付を申請します。                                                         |    |                                         |       |    |  |    |  |  |  |  |
| 受給者                                                                                                  | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ<br>電話 - |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ         | 受給者番号 |    |  |    |  |  |  |  |
| 世 帯 等 の 状 況                                                                                          |    |                                         |       |    |  |    |  |  |  |  |
| 氏名                                                                                                   |    | 生年月日                                    |       | 続柄 |  | 備考 |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
|                                                                                                      |    | 年 月 日                                   |       |    |  |    |  |  |  |  |
| 同 意 書                                                                                                |    |                                         |       |    |  |    |  |  |  |  |
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第10条の2に係る調査（世帯状況、課税状況等）について同意します。<br>年 月 日<br>(受給者氏名) (氏名)<br>(氏名) (氏名)<br>(氏名) (氏名) |    |                                         |       |    |  |    |  |  |  |  |

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
2 「世帯の状況」欄には、受給者と同じ世帯に属する世帯員を全員記入してください。

|               |                             |                                                                             |              |    |    |    |  |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|----|----|----|--|
| 本市<br>使用<br>欄 | <input type="checkbox"/> 認定 | 適用区分： <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ             | 適用開始日： 年 月 日 |    |    |    |  |
|               | <input type="checkbox"/> 却下 | 理 由： <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯であるため <input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |    |    |    |  |
|               | 上記のとおり決定する。                 |                                                                             | 年 月 日        | 課長 | 係長 | 係員 |  |
|               | 認定証交付年月日                    |                                                                             | 年 月 日        |    |    |    |  |
|               | 却下通知送付年月日                   |                                                                             | 年 月 日        |    |    |    |  |

福祉医療費一部負担金限度額適用  
認定証交付申請却下通知書

|   |                 |
|---|-----------------|
| 様 | 年      月      日 |
|   | 京 都 市 長      印  |

|                                                                          |                 |  |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--------------------------------------------------------------|
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第 10 条の 2 に規定する事由に該当しないと認定したので、同規則第 10 条の 6 の規定により通知します。 |                 |  |                                                              |
| 申請日                                                                      | 年      月      日 |  | 申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 |
| 対象者                                                                      | 住所              |  |                                                              |
|                                                                          | 氏名              |  | 生年月日                                                         |
|                                                                          |                 |  | 年      月      日                                              |
| 申請却下の理由                                                                  |                 |  |                                                              |

注    該当する□の中にレ印がしてあります。

この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して 3 箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 箇月以内に京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、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。

福祉医療費一部負担金限度額適用  
認定証再交付申請書

|                                                     |                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| (宛先) 京 都 市 長                                        | 年        月        日                            |
| 申請者の住所<br>京都市        区<br>電話                      — | 申請者の氏名<br><br>受給者との続柄 (                      ) |

|                                            |                                                                                                                                                            |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第10条の7の規定により認定証の再交付を申請します。 |                                                                                                                                                            |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |
| 受給者                                        | 住 所                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ<br><br>電話                      — |       |  |  |  |  |  |  |
|                                            | 氏 名                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ                                  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由                                      | <div><input type="checkbox"/> 破れた。<br/><input type="checkbox"/> 汚れた。<br/><input type="checkbox"/> 紛失した。<br/><br/>紛失日や紛失場所等を記入してください。<br/><div></div></div> |                                                                  |       |  |  |  |  |  |  |

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
2 破れたとき、又は汚れたときは、その認定証を添えてください。

※本市使用欄

|                                                   |     |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 上記の申請に基づき再交付することを決定する。<br><br>年        月        日 | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
|                                                   |     |     |     |

老人医療費受給者異動届

|                                                                          |                        |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--|
| (宛先) 京 都 市 長                                                             |                        | 年            月            日 |  |
| 届出者の住所<br>京都市            区                                               |                        | 届出者の氏名                      |  |
| (電話)            -            (携帯)            -            -            - | 受給者との続柄 (            ) |                             |  |

京都市老人医療費支給条例第7条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

|     |                          |                                 |       |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------------------------|---------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者 | 住所<br>(変更の場合、<br>変更後の住所) | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ |       |  |  |  |  |  |  |
|     | フリガナ                     | 電話            -                 |       |  |  |  |  |  |  |
|     | 氏名<br>(変更の場合、<br>変更後の氏名) | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |

|       |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                           |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 異動の内容 | <input type="checkbox"/> 氏名が変わった<br><input type="checkbox"/> 住所が変わった（同一区内・他区・市外）<br><input type="checkbox"/> 世帯構成が変わった（同居者が増えた・減った）<br><input type="checkbox"/> 所得に変更があった（受給者・配偶者・その他）<br><input type="checkbox"/> 加入医療保険に変更があった | <input type="checkbox"/> 生活保護を受給した<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に加入した<br><input type="checkbox"/> 亡くなった（受給者・配偶者・その他）<br><input type="checkbox"/> その他 (            ) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 異動年月日 | 年            月            日 |
|-------|-----------------------------|

|        |          |                                           |         |                             |  |  |  |  |  |  |
|--------|----------|-------------------------------------------|---------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 加入医療保険 | 被保険者の住所  | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ           |         |                             |  |  |  |  |  |  |
|        |          | 電話            -                           |         |                             |  |  |  |  |  |  |
|        | 被保険者の氏名  | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ           | 資格取得年月日 | 年            月            日 |  |  |  |  |  |  |
|        | 証記号・番号   | 受給者との続柄 (            )                    | 保険者番号   |                             |  |  |  |  |  |  |
|        | 証発行機関の名称 | 電話            -                           |         |                             |  |  |  |  |  |  |
|        |          | <input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり |         |                             |  |  |  |  |  |  |

|       |                                                                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 付加給付等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容            )<br>※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

配偶者、同居者及び扶養関係者等の異動            ※転入・転出、所得の変更等、異動があった者を記入

配偶者、同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ）について、異動した者及び異動の内容は以下のとおりです。

| 氏名 | 生年月日                        | 続柄 | 異動の内容(転出の場合は転出後の住所) |
|----|-----------------------------|----|---------------------|
|    | 年            月            日 |    |                     |
|    | 年            月            日 |    |                     |
|    | 年            月            日 |    |                     |

同意書            ※転入、所得の変更等、所得確認が新たに必要となった者を記入

|                                                                   |      |
|-------------------------------------------------------------------|------|
| 京都市老人医療費支給条例第2条及び同条例施行規則第10条に係る調査（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無等）について同意します。 |      |
| 年            月            日                                       |      |
| (氏名)                                                              | (氏名) |
| (氏名)                                                              | (氏名) |

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。  
3 「配偶者、同居者及び扶養関係者等の異動」の欄には、以下に該当する方のうち、異動があった方を全て記載してください。  
・配偶者（別居の配偶者及び婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）  
・同一住所にお住まいの方（住民基本台帳上で世帯分離している方も含みます。）  
・別住所にお住まいの方（医療保険や税で扶養関係がある方）

|                       |                             |     |     |
|-----------------------|-----------------------------|-----|-----|
| ※本市使用欄                | 課 長                         | 係 長 | 係 員 |
| 上記の届出に基づき裏面のとおりに決定する。 | 年            月            日 |     |     |

|      |       | 受給者の所得     | 配偶者の所得     | 生計維持者の所得   |
|------|-------|------------|------------|------------|
| 所得税額 |       | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 |
| 市民税  | 課税所得額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 総収入金額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 課税状況  | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   |

|      |       | 世帯員 ① の所得  | 世帯員 ② の所得  | 世帯員 ③ の所得  |
|------|-------|------------|------------|------------|
| 所得税額 |       | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 | 非課税 ・ 課税 円 |
| 市民税  | 課税所得額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 総収入金額 | 円          | 円          | 円          |
|      | 課税状況  | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   | 非課税 ・ 課税   |

| 審 査 結 果 |              |                          |      |                      |  |                |        |
|---------|--------------|--------------------------|------|----------------------|--|----------------|--------|
| □ 喪失    | 資格喪失年月日      | 年 月 日                    | 喪失事由 | 11 転出(市内・市外) 17 世帯変更 |  |                |        |
|         | 喪失通知送付年月日    | 年 月 日                    |      | 12 死亡 18 所得超過        |  |                |        |
|         | 受給者証回収事由     | ①回収(窓口、郵送、亡失、書損、未交付) ②勸奨 |      | 13 医療保険資格喪失 19 その他   |  |                |        |
|         | 受給者証回収年月日    | 年 月 日                    |      | ( )                  |  |                |        |
|         | 証返却勸奨通知送付年月日 | 年 月 日                    |      | 15 障害認定              |  |                |        |
|         |              |                          |      | 16 年齢到達              |  |                |        |
| □ 異動    | 異動年月日        | 年 月 日                    | 異動事由 | 04 区間異動              |  | (制度区分)<br>認定事由 | 01 非課税 |
|         | 新受給者証交付年月日   | 年 月 日                    |      | 11 区内移動              |  |                |        |
|         | 負 担 区 分      | 1. 2割 2. 3割 3. 低Ⅱ 4. 低Ⅰ  |      | 12 氏名変更              |  |                |        |
|         | 旧受給者証回収事由    | ①回収(窓口、郵送、亡失、書損、未交付) ②勸奨 |      | 13 世帯変更              |  |                |        |
|         | 旧受給者証回収年月日   | 年 月 日                    |      | 23 加入医療保険変更          |  |                |        |
| 備考      |              |                          |      |                      |  |                |        |

老人医療費第三者加害届

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| (宛先) 京 都 市 長              | 年      月      日                  |
| 届出者の住所                    | 届出者の氏名                           |
| 電話                      ー | 受給者との続柄 (                      ) |

|                                                    |         |                                 |                                                            |          |    |  |
|----------------------------------------------------|---------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|----|--|
| 京都市老人医療費支給条例施行規則第13条の規定により第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。 |         |                                 |                                                            |          |    |  |
| 受 給 者                                              | 住 所     | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ |                                                            |          |    |  |
|                                                    |         | 電話                      ー       |                                                            |          |    |  |
|                                                    | 氏 名     | <input type="checkbox"/> 届出者に同じ | 受給者番号                                                      |          |    |  |
|                                                    |         |                                 |                                                            |          |    |  |
| 事故発生                                               | 日 時     | 年      月      日                 | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 | 時      分 | ごろ |  |
|                                                    | 場 所     |                                 |                                                            |          |    |  |
| 傷病名                                                |         |                                 |                                                            |          |    |  |
| 事故の原因及び被害の状況                                       |         |                                 |                                                            |          |    |  |
| 当該傷病に関する損害賠償の受領の有無                                 |         |                                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      |          |    |  |
| 第三者(加害者)に関する事項                                     | 加害者     | 住所                              |                                                            |          |    |  |
|                                                    |         | 氏名                              |                                                            |          |    |  |
|                                                    | 加害者の使用者 | 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)          |                                                            |          |    |  |
|                                                    |         | 氏名(法人にあつては、名称及び代表者名)            |                                                            |          |    |  |

注 該当する□には、レ印を記入してください。

# 老人医療費返還請求通知書

|   |        |
|---|--------|
|   | 第 号    |
|   | 年 月 日  |
| 様 | 京都市長 印 |

|                                                      |                     |       |  |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------|--|
| 京都市老人医療費支給条例第 4 条の規定により支給した医療費について                   |                     |       |  |
| <input type="checkbox"/> 同 条 例 第 8 条 の規定により返還を請求します。 |                     |       |  |
| <input type="checkbox"/> 同 条 例 第 9 条                 |                     |       |  |
| 受給者又は<br>返還する者                                       | 住所                  |       |  |
|                                                      | 氏名                  | 受給者番号 |  |
| 請求金額                                                 | 円                   |       |  |
| 納期限                                                  | 年 月 日               |       |  |
| 返還に<br>係る医療                                          | 入院又は治療を<br>受けた期間    |       |  |
|                                                      | 入院又は治療を<br>受けた医療機関等 |       |  |
| 請求する<br>理由                                           |                     |       |  |

注 該当する□の中にレ印がしてあります。

この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して 3 箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して 6 箇月以内に京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して 1 年を経過したときは、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。

老人医療費返還請求通知書

|   |        |
|---|--------|
|   | 第 号    |
|   | 年 月 日  |
| 様 | 京都市長 印 |

|                                                                   |                     |  |           |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|
| 京都市老人医療費支給条例第 4 条の規定により支給した医療費について<br>民法第 7 0 3 条 の規定により返還を請求します。 |                     |  |           |
| 受給者又は<br>返還する者                                                    | 住所                  |  |           |
|                                                                   | 氏名                  |  | 受給者番号<br> |
| 請求金額                                                              | 円                   |  |           |
| 納期限                                                               | 年 月 日               |  |           |
| 返還に<br>係る医療                                                       | 入院又は治療を<br>受けた期間    |  |           |
|                                                                   | 入院又は治療を<br>受けた医療機関等 |  |           |
| 請求する<br>理由                                                        |                     |  |           |

（表                    面）

|                                        |      |             |  |  |  |  |   |  |
|----------------------------------------|------|-------------|--|--|--|--|---|--|
| ㊦                    福 祉 医 療 費 受 給 者 証 |      |             |  |  |  |  | ㊧ |  |
| 負担者番号                                  |      |             |  |  |  |  |   |  |
| 受給者番号                                  |      |             |  |  |  |  |   |  |
| 受<br>給<br>者                            | 住所   |             |  |  |  |  |   |  |
|                                        | 氏名   |             |  |  |  |  |   |  |
|                                        | 生年月日 |             |  |  |  |  |   |  |
| 有効期間                                   |      |             |  |  |  |  |   |  |
| 一部負担金の<br>割合                           |      |             |  |  |  |  |   |  |
| 発行機関名及び印                               |      | 京都府    京都市長 |  |  |  |  | 印 |  |
| 交付年月日                                  |      |             |  |  |  |  |   |  |

注 意 事 項

- 1 この証は、老人医療費の支給を受ける権利を証するものですから、大切に保管してください。
- 2 京都府の区域内の保険医療機関等から診療又は訪問看護（指定訪問看護事業者によるものをいう。以下同じ。）を受ける場合は、京都市老人医療費支給条例施行規則第1条各号に掲げる法律の規定による電子資格確認、資格確認書の提示その他の方法により、被保険者、加入者若しくは組合員又は被扶養者であることの確認を受ける際に、この証を必ず窓口等に提示してください。  
なお、京都府の区域外の保険医療機関等から診療又は訪問看護を受けた場合その他やむを得ない事情によりこの証を提示しないで診療又は訪問看護を受けた場合は、老人医療費の支給を市長に申請することができます。
- 3 次の事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、その旨を市長に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所
  - (2) 扶養関係又は世帯の状況（所得の状況を含む。）
  - (3) 加入している医療保険又はその内容
- 4 この証が破れたり、汚れたり、紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したとき、又は資格がなくなったときは、この証を使用することができませんから、直ちに市長に返してください。
- 6 不正にこの証を使用したときは、支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返していただくほか、刑法により罰せられることがあります。
- 7 往診の際の車代、薬の容器代、個室専用料等保険の給付外であるものは、老人医療費の支給対象とはならないので、御承知ください。
- 8 所得の状況により老人医療費の支給を受けることができない場合があります。
- 9 この証は、京都府の区域外の保険医療機関等では使用することができません。  
なお、京都府の区域内の保険医療機関等でも使用することができない場合があります。

要綱第 13 号様式（規則第 4 条関係）

（表 面）

|                  |      |                         |  |  |  |  |   |  |
|------------------|------|-------------------------|--|--|--|--|---|--|
| 福祉医療費受給者証        |      |                         |  |  |  |  | 老 |  |
| 負担者番号            |      |                         |  |  |  |  |   |  |
| 受給者番号            |      |                         |  |  |  |  |   |  |
| 受給者              | 住所   |                         |  |  |  |  |   |  |
|                  | 氏名   |                         |  |  |  |  |   |  |
|                  | 生年月日 |                         |  |  |  |  |   |  |
| 有効期間             |      |                         |  |  |  |  |   |  |
| 一部負担金の割合<br>(区分) |      | 【※ 医療機関窓口では提示しないでください。】 |  |  |  |  |   |  |
| 発行機関名及び印         |      | 京都府 京都市長 印              |  |  |  |  |   |  |
| 交付年月日            |      |                         |  |  |  |  |   |  |

(裏 面)

注 意 事 項

- 1 この証は、老人医療費の支給を受ける権利を証するものですから、大切に保管してください。
- 2 保険医療機関等から診療又は訪問看護（指定訪問看護事業者によるものをいう。以下同じ。）を受けた場合で、医療保険適用後の自己負担額が、は、この証を持って、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター（京北地域にお住まいの方は京北出張所）で、老人医療費の支給を市長に申請してください。
- 3 次の事項に変更があったときは、14 日以内に、この証を添えて、その旨を市長に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所
  - (2) 扶養関係又は世帯の状況（所得の状況を含む。）
  - (3) 加入している医療保険又はその内容
- 4 この証が破れたり、汚れたり、紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 有効期限を経過したとき、又は資格がなくなったときは、この証を使用することができませんから、直ちに市長に返してください。
- 6 不正にこの証を使用したときは、支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返していただくほか、刑法により罰せられることがあります。
- 7 往診の際の車代、薬の容器代、個室専用料等保険の給付外であるものは、老人医療費の支給対象とはならないので、御承知ください。
- 8 所得の状況により老人医療費の支給を受けることができない場合があります。

(表 面)

|                    |      |            |  |  |  |  |   |  |
|--------------------|------|------------|--|--|--|--|---|--|
| 福祉医療費一部負担金限度額適用認定証 |      |            |  |  |  |  | ⓪ |  |
| 負担者番号              |      |            |  |  |  |  |   |  |
| 受給者番号              |      |            |  |  |  |  |   |  |
| 受給者                | 住所   |            |  |  |  |  |   |  |
|                    | 氏名   |            |  |  |  |  |   |  |
|                    | 生年月日 |            |  |  |  |  |   |  |
| 有効期間               |      |            |  |  |  |  |   |  |
| 適用区分               |      |            |  |  |  |  |   |  |
| 発行機関名及び印           |      | 京都府 京都市長 印 |  |  |  |  |   |  |
| 交付年月日              |      |            |  |  |  |  |   |  |

注 意 事 項

- 1 この証は、診療又は訪問看護を受ける際に一部負担金の限度額適用を受けることができる証ですから、大切に保管してください。  
なお、差額ベッド代など医療保険の給付対象とならないものには適用されません。
- 2 保険医療機関等から診療又は訪問看護を受ける場合は、京都市老人医療費支給条例施行規則第1条各号に掲げる法律の規定による電子資格確認、資格確認書の提示その他の方法により、被保険者、加入者若しくは組合員又は被扶養者であることの確認を受ける際に、福祉医療費受給者証に添えて、この証を必ず窓口等に提示してください。
- 3 次のいずれかに該当するときは、直ちにこの証を市長に返してください。
  - (1) この認定を受けることができる要件を満たさなくなったとき。
  - (2) 有効期限を経過したとき。
- 4 表面の記載事項等に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、その旨を市長に届け出てください。
- 5 この証が破れたり、汚れたり、紛失したりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 不正にこの証を使用したときは、支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返していただくほか、刑法により罰せられることがあります。
- 7 往診の際の車代、薬の容器代、個室専用料等保険の給付外であるものは、老人医療費の支給対象とはならないので、御承知ください。
- 8 所得の状況により老人医療費の支給を受けることができない場合があります。
- 9 この証は、京都府の区域外の保険医療機関等では使用することができません。  
なお、京都府の区域内の保険医療機関等でも使用することができない場合があります。