

豊川市障害者医療費支給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 8 年 7 月 2 4 日

豊川市長 竹 本 幸 夫

#### 豊川市規則第 3 6 号

豊川市障害者医療費支給条例施行規則の一部を改正する規則

豊川市障害者医療費支給条例施行規則（昭和 4 8 年豊川市規則第 2 6 号）の一部を次のように改正する。

| 改正後                                                                                                                                                                    | 改正前                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (障害者医療費支給の申請等)<br>第 7 条 (略)<br>2 (略)<br>3 条例第 5 条第 3 項の規定による受給者が支払うべき費用の支払を受けようとする医療機関等は、 <u>診療報酬明細書</u> を市長に提出するものとする。<br>4 前項の規定による提出があったときは、第 1 項に規定する申請があったものとみなす。 | (障害者医療費支給の申請等)<br>第 7 条 (略)<br>2 (略)<br>3 条例第 5 条第 3 項の規定による受給者が支払うべき費用の支払を受けようとする医療機関等は、 <u>障害者医療費請求書</u> を市長に提出するものとする。<br>4 前項に規定する請求 <u>  </u> があったときは、第 1 項に規定する申請があったものとみなす。 |

【改正後】

別記様式（第 4 条関係）

（表）

|                                                                                   |      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
|                                                                                   |      | 愛知県内のみ有効   |
|  |      | 障害者医療費受給者証 |
| 公費負担者番号                                                                           |      |            |
| 受給者番号                                                                             |      |            |
| 受給者                                                                               | 住 所  |            |
|                                                                                   | 氏 名  |            |
|                                                                                   | 生年月日 |            |
| 有 効 期 間                                                                           |      |            |
| 発行機関名<br>及 び 印                                                                    |      | 豊 川 市 長 印  |
| 交付年月日                                                                             |      |            |

（裏）

（略）

【改正前】

別記様式（第4条関係）

（表）

|                                                                                   |      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
|                                                                                   |      | 愛知県内のみ有効   |
|  |      | 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 |            |
| 有効期間                                                                              |      |            |
| 発行機関名<br>及 び 印                                                                    |      | 豊 川 市 長 印  |
| 交付年月日                                                                             |      |            |

（裏）

（略）

附 則

この規則は、令和 9 年 4 月 1 日から施行する。