

改正

平成元年10月17日規則第20号

平成3年3月29日規則第9号

平成7年3月31日規則第15号

平成8年3月27日規則第5号

平成21年9月25日規則第18号

平成27年12月22日規則第40号

平成28年3月31日規則第57号

須賀川市特定疾患患者福祉手当支給条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、須賀川市特定疾患患者福祉手当支給条例（昭和55年須賀川市条例第7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。

(受給資格の認定)

第2条 条例第6条の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格認定申請書（第1号様式）に特定疾患医療受給者証若しくは指定難病医療費受給者証又は身体障害者手帳若しくは医師の診断書を添えて、市長に提出しなければならない。

(受給資格の認定又は却下の通知)

第3条 市長は、受給資格があると認めたときは、須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格認定通知書（第2号様式）を、受給資格がないと認めたときは須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格申請却下通知書（第2号様式）を申請人に交付するものとする。

(届出事項)

第4条 条例第7条に規定する届出事項は、次の各号に掲げるものとし、その届出は、須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格等内容変更届（第3号様式）によるものとする。

(1) 住所

(2) 氏名

(3) その他市長が必要と認める事項

第5条 条例第8条各号のいずれかに該当したときは、須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格等消滅届（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

(現況届)

第6条 条例第1条に規定する手当の支給を受けている者は、毎年6月1日から同月末日までの間に6月1日現在における現況を須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格現況届（第1号様式）により市長に提出しなければならない。

(受給資格の消滅通知)

第7条 市長は、前条に規定する届書に基づき受給資格を欠くにいたったときは須賀川市特定疾患患者福祉手当受給資格消滅通知書（第4号様式）により届出人に通知するものとする。

(委任)

第8条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、昭和55年4月1日から施行する。

附 則（平成元年10月17日規則第20号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成3年3月29日規則第9号）

この規則は、平成3年4月1日から施行する。

附 則（平成7年3月31日規則第15号）

1 この規則は、平成7年4月1日から施行する。

2 この規則の施行の際、現に改正前の規則に基づき作成された用紙は、当分の間、この規則の相当規則により定められた用紙とみなす。

附 則（平成8年3月27日規則第5号）

1 この規則は、平成8年4月1日から施行する。

2 この規則の施行の際、現に改正前の規則に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をし、使用することができる。

附 則（平成21年9月25日規則第18号）

(施行期日)

1 この規則は、平成22年1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様式の規定に基づいて作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則（平成27年12月22日規則第40号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日規則第57号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

第2号様式（第3条関係）

須賀川市特定疾患患者福祉手		
当受給資格 ^認 _{申請却下} 定 ^定 通知書		
年 月 日		
様		
須賀川市長		印
年 月 日付で申請がありました須賀川市特定疾患患者福祉手当の 受給資格については、下記のとおり ^{認定} _{却下} しましたので通知します。		
記		
1 手 当	月額	円
2 支給開始年月	年 月	
3 却下した理由は次のとおりです。		
(1) あなたの住所が須賀川市の区域内にない。		
(2) あなたは日本国民でない。		
(3) あなたは条例に定めた患者でない。		

第3号様式（第5条関係）

須賀川市特定疾患患者福祉手

当受給資格等^{内容変更届}
消滅

年 月 日

須賀川市長

住 所
届出人
氏 名

㊤

次のとおり受給資格等^{変更}
消滅がりましたのでお届けします。

	異動発生年月日		年 月 日		区 分			
			転出	転居	死亡	その他()		
変 更 後	患 者	ふりがな氏名				男 女 の 別	男・女	
		住 所						
	保 護 者	ふりがな氏名				本人との続柄		
		住 所						
	その他の事項							
変 更 前	患 者	ふりがな氏名				男 女 の 別	男・女	
		個 人 番 号						
		住 所						
	保 護 者	ふりがな氏名				本人との続柄		
		住 所						
	その他の事項							
摘 要								

第4号様式（第7条関係）

須賀川市特定疾患患者福祉手
当受給資格消滅通知書

年 月 日

様

須賀川市長

印

年 月 日届出がありました現況届について、内容を審査した結果、下記により受給資格が消滅したので通知します。

記

1 消滅年月日 年 月 日

2 消滅の理由

（1） あなたは条例に定めた患者でない。

（2） あなたの住所が須賀川市区域内にない。

（3） あなたは日本国民でない。

（4） その他（ ）