

改正

令和元年6月1日告示第4号

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、脳脊髄液減少症の治療が医療保険の適用外であることに鑑み、患者の医療費負担を軽減することにより治療を受けやすい環境整備を図るため、その治療に要する費用に対し、予算の範囲内で補助金を交付することについて、飯山市補助金等交付規則（昭和36年飯山市規則第5号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「脳脊髄液減少症」とは、脳脊髄液が脳脊髄液くうから漏出することで減少し、頭痛、めまい、けん怠感、吐き気、集中力の低下、聴覚障害等の様々な症状を引き起こす疾患をいう。

(対象者)

第3条 補助金の交付の対象者は、脳脊髄液減少症の診断を受けた者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 飯山市に住所を有する者
- (2) 出生の日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者

2 前項の診断を受けた者の保護者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条に規定する保護者をいう。以下同じ。）は、脳脊髄液減少症の治療のための費用を負担している場合において、前項の対象者に代わり、補助金の交付を受けることができる。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、対象者の脳脊髄液減少症の治療に要する医療保険適用外の医療費であって、医療保険各法の規定に基づく給付の対象となる療養の給付等を受けたとみなした場合に、保険適用となる費用（入院料、手術料、投薬料、注射料、麻酔料、治療的訓練費用等）の2分の1以内の額とし、その額に1,000円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てた額とする。ただし、1年度当たり40万円を限度とする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特別の事情があると認めるときは、保険適用とならない費用（差額ベッド代）を補助金の対象とすることができるものとする。

(交付申請)

第5条 この事業の補助を受けようとする者（診断を受けた者の保護者を含む。以下「申請者」という。）は、飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業申請書（様式第1号）に、医師の診断書又は診断書の写しを添えて市長に提出しなければならない。

(交付決定)

第6条 市長は、前条の申請に対する交付を決定したときは、飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(実績報告)

第7条 前条の申請により補助金の交付の決定を受けた者は、治療後、飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実績報告書（様式第3号）に医療機関が発行する領収書及び明細書を添えて市長に提出しなければならない。

(補助金支給額の決定)

第8条 市長は、前条に規定する実績報告書を受領したときは、速やかに審査し、補助金支給額を決定し、飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業交付額確定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

(支給方法)

第9条 補助金の支給は、申請者の指定する金融機関等への口座振込とする。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、告示の日から施行し、平成24年度の補助金から適用する。

附 則（令和元年6月1日告示第4号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後の飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実施要綱の規定は、平成31年4月1日から適用する。

(様式第1号) (第5条関係)

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業申請書

年 月 日

飯山市長 あて

申請者

住所

電話

氏名

印

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実施要綱第4条に規定する補助金の支給を受けたいので、同要綱第5条の規定により申請します。

| | | | | | | |
|-----|---------|----|------|---|---|---|
| 対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 電話 | | | | |
| | 申請者との関係 | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|---------------|--|------|--|------|-------|
| 支払先口座 | 金融機関名 | | 支店名 | | 預金種別 | 普通・当座 |
| | フリガナ 口座名義人 | | 口座番号 | | | |

*添付書類 診断書又は診断書の写し

(様式第2号) (第6条関係)

飯山市指令 第 号
年 月 日

様

飯山市長

㊟

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業決定通知書

年 月 日付で申請のあった飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業について、交付の決定をしたので通知します。

(様式第3号) (第7条関係)

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実績報告書

年 月 日

飯山市長 あて

申請者
住所

電話

氏名

印

年 月 日付飯山市指令 第 号で決定されました飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業補助金の支給を受けたいので、飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり報告します。

記

- | | | |
|----------------|---------------------------------|---------------|
| 1 患者氏名 及び住所 | 氏名 住所 | 生年月日 年 月 日 |
| 2 医療費 | | 円 |
| 3 診療期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 |
| 4 医療機関 | 名称 住所 | |
| 5 添付書類 | 1 医療機関発行の領収書 2 医療機関発行の医療費明細書 | |

(様式第4号) (第8条関係)

飯山市達 第 号
年 月 日

様

飯山市長

印

飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業交付額確定通知書

年 月 日付で実績報告のあった飯山市脳脊髄液減少症医療費軽減事業について、
下記のとおり補助金の額を確定したので通知します。

記

| | |
|----------|-----------------|
| 補助金交付確定額 | 円 |
| 診療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |