

浦安市規則第39号

浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する
規則の一部を改正する規則

第1条 浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する規則
(平成4年規則第27号)の一部を次のように改正する。

第1条中「視力回復又は」を削り、「又はコンタクトレンズ」を「、コン
タクトレンズ又は補助眼鏡」に改める。

第7条を第8条とし、第6条を第7条とし、第5条を第6条とする。

第4条第1項に次のただし書を加える。

ただし、第3号の書類に係る事実について市が保有する情報により確認
することができる場合であって、市長がその事実を確認することについて
申請者が同意したときは、その添付は要しない。

第4条第1項第1号中「別記第2号様式)」の次に「又は特殊眼鏡等の購
入に係る処方箋(病名、手術の有無及び人工水晶体の挿入の有無を確認する
ことができるものに限る。)の写し」を加え、同項に次の1号を加える。

(3) 市町村民税の課税状況を明らかにする書類

第4条を第5条とする。

第3条の見出しを「(助成金額の額)」に改め、同条各号列記以外の部分
本文中「費用の助成」を「助成金の額」に、「を限度に」を「とし、」に改
め、同条ただし書を削り、同条第1号中「30,000円」を「購入に要した費用
の額又は30,000円のうちいずれか少ない方の額」に改め、同条第2号中「コ
ンタクトレンズ」の次に「(二眼まで)」を加え、「25,000円」を「購入に
要した費用の額又は25,000円のうちいずれか少ない方の額」に改め、同条に
次の1号を加える。

(3) 補助眼鏡一对 購入に要した費用の額又は10,000円のうちいずれか少
ない方の額

第3条を第4条とする。

第2条各号列記以外の部分中「65歳以上の者で」を「者であって、」に、

「いずれかに」を「いずれにも」に改め、同条第1号中「白内障の」及び「視力回復又は」を削り、同条第2号を次のように改める。

- (2) 特殊眼鏡等を購入する日において、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている65歳以上の者であること。

第2条に次の1号を加える。

- (3) 費用の助成の申請をしようとする日の属する年度の市町村民税（その日が4月1日から6月30日までの間の日である場合にあっては、前年度の市町村民税）が非課税であること。

第2条に次の1項を加える。

- 2 前項の規定にかかわらず、他の制度により費用の助成を受けている者は、費用の助成の対象としない。

第2条を第3条とし、第1条の次に次の1条を加える。

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 特殊眼鏡 白内障の手術（以下「手術」という。）において人工水晶体の挿入を伴わなかった者が、視力矯正のために使用する眼鏡をいう。
- (2) コンタクトレンズ 手術において人工水晶体の挿入を伴わなかった者が、視力矯正のために使用するコンタクトレンズをいう。
- (3) 補助眼鏡 手術において人工水晶体の挿入を伴った者が、視力矯正のために使用する眼鏡をいう。

別記第1号様式を次のように改める。

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所
申請者 氏 名
生年月日 年 月 日生
電話番号

白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成を受けたいので、浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する規則第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

区 分	特殊眼鏡等の購入に要した費用の額	助成申請額
<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡	円	円
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ (右眼・左眼)	円	円
<input type="checkbox"/> 補助眼鏡	円	円
振 込 先	金融機関名	
	口座番号	
	口座名義人	
市町村民税に係る事実について、市が保有する情報により確認することに同意する場合は、署名してください。		
市町村民税の課税状況に係る事実の確認をすることを同意します。		
氏名		

添付書類

- 1 医療機関の証明書又は特殊眼鏡等の購入に係る処方箋（病名、手術の有無及び人工水晶体の挿入の有無を確認することができるものに限る。）の写し
- 2 費用を支払ったことを証する書類
- 3 市町村民税の課税状況を明らかにする書類

別記第2号様式中「第4条第1項第1号」を「第5条第1項第1号」に、

「

手術の有無	有	右眼	年	月	日	手術
		左眼	年	月	日	手術
	無	手術できない理由				

」

を

「

手術年月日	右眼	年	月	日	手術
	左眼	年	月	日	手術

」

に改め、「視力回復・」を削り、「左眼）」の次に「・補助眼鏡」を加える。

別記第3号様式中「第5条」を「第6条」に改め、

「

助成の範囲	<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡	円
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ (右眼・左眼)	円

」

を

「

助成金の額	<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡	円
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ (右眼・左眼)	円
	<input type="checkbox"/> 補助眼鏡	円

」

に改める。

第2条 浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する規則の一部を次のように改正する。

別記第1号様式中

「

年 月 日

住 所
申請者 氏 名
生年月日 年 月 日生
電 話 ()

」

を

「

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
生年月日 年 月 日生
電話番号

」

に、

「

希 望 す る 支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 口座振替	
	金 融 機 関 名	
	口 座 番 号	
	口 座 名 義	

」


を

「

振込先	金融機関名	
	口座番号	
	口座名義人	

」

に改める。

別記第2号様式中「医師名」を「医師名（自署）」に改め、「」を削る。

別記第3号様式中

「

支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 口座振替	
	金融機関名	
	口座番号	
	口座名義	

」

を

「

振込先	金融機関名	
	口座番号	
	口座名義人	

」

に、

「

助成しない理由	
---------	--

」

を

「

助成しない理由	
---------	--

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日

の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

」

に改める。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、令和4年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、第2条の規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 第1条の規定による改正後の浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する規則の規定は、施行日以後に購入した特殊眼鏡等に係る費用の助成について適用し、施行日前に購入した特殊眼鏡等に係る費用の助成については、なお従前の例による。