

## 自立支援医療（育成医療補装具費）支給実施要領

### 第1 目的

この要領は、障害者自立支援法（平成18年法律第123号。以下「法」という。）第76条に基づく補装具費の支給について、法令及びこれらに基づく通知並びに自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（平成18年4月1日施行。以下「実施要綱」という。）に定めるもののほか、その事務手続及び運営等について必要な事項を定めるものとし、もって自立支援給付の適正な実施を図るものとする。

### 第2 支給認定の申請

補装具費の支給を受けようとする障害児（以下「受診者」という。）の保護者（以下「申請者」という。）は、実施要綱第3の規定に基づき当該補装具の購入又は修理を必要とする旨の認定（以下「支給認定」という。）を受けなければならない。

1 支給認定の申請に必要な書類は、次のとおりとする。

- (1) 自立支援医療費（育成）支給認定申請書（実施要綱別紙様式第1号）
- (2) 自立支援医療（育成医療）意見書（実施要綱別紙様式第6号）
- (3) 受診者の属する世帯全員の所得状況が確認できる書類
- (4) 受診者の属する世帯全員の医療保険加入状況を示す書類
- (5) 腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合は、特定疾病療養受領証の写し

2 市長は、支給認定の申請があった場合は提出された書類を審査し、支給認定が必要と認めるときは、自立支援医療費（育成医療）受給者証（実施要綱別紙様式第3号）を、支給認定が必要と認められないときは通知書（実施要綱別紙様式第5号）を申請者に交付する。

### 第3 補装具費の支給

第2により支給認定を受けた者（以下「受給者」という。）から請求があった場合は、補装具費を支給する。

1 補装具費の請求に必要な書類は、次のとおりとする。

- (1) 請求書（様式第1号）
- (2) 自立支援医療受給者証（育成医療）（実施要綱別紙様式第2号）の写し
- (3) 補装具製作者の発行した領収書原本
- (4) 担当医師による補装具の装着証明
- (5) 補装具購入月の自己負担上限額管理票（実施要綱別紙様式第4号）の写し
- (6) 医療保険者から交付された療養費支給決定通知書

2 1の申請があったときは、市長は内容を審査し、医療保険上の自己負担分の金額から自己負担上限月額に達するまでの額を差し引いた上で申請者に支給する。

### 附 則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

様式第1号

# 請 求 書

金 額	千	百	拾	万	千	百	拾	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---

ただし、補装具費（育成医療）

支 払 方 法	直接払	口 座 振替払	銀 行 信用金庫 農 協	本 支店 支所	当座預金 普通預金
------------	-----	------------	--------------------	---------------	--------------

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

（あて先） 浜松市長

住所又は  
所在地

氏名又は  
名 称

印

請求番号

実施要綱別紙様式第1号

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）						
障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳 <sup>1</sup> 昭和 平成
	フリガナ 受診者住所					生年月日 年月日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					電話番号
	フリガナ 保護者住所					受診者との関係
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者該当する所得区分		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 <sup>4</sup>	該当・非該当
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名			所在地・電話番号		
受給者番号	5					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。                  また、この認定にあたり、私及び私の世帯員の市民税課税状況を調査することに同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 _____ <sup>6</sup>                  平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日                  （宛て先）浜松市長</p>						

- 1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに をする。
- 2 受診者本人と異なる場合に記入。
- 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
- 4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
- 5 再認定または変更の方のみ記入。
- 6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書	標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）	
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

実施要綱別紙様式第2号

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢		昭和 平成 年 月 日
受診者住所						
病名				発症年月日		平成 年 月 日
障害の種類 (該当するものにつける)	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 (9)免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治療	治療見込期間	入院治療期間		日間		
		通院治療回数並びに期間		回	日間	通算 日間
		訪問看護予定回数並びに期間		回	日間	
医療費概算額	入院治療費	円				
	通院治療費	円	計	円		
	訪問看護等	円				
移送費見込額						
医療費及び移送費合計						
治療後における障害の回復状況の見込						
<p>上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

実施要綱別紙様式第3号

自立支援医療受給者証 ( 育成医療 )											
公費負担者番号											
自立支援医療費受給者番号											
受 診 者	フリガナ			性別	年齢	生 年 月 日					
	氏 名					昭和 平成	年 月 日				
	フリガナ										
	住 所										
	被保険者証の記号及び番号			保険者名							
	重度かつ継続										
保護者		フリガナ						続柄			
		氏 名									
		フリガナ									
		住 所									
指定医療機関名(薬局・訪問看護事業者を含む)	区分	病院・診療所	名称								
			所在地								
			電話番号								
	区分	薬 局	名称								
			所在地								
			電話番号								
	区分	訪問看護事業者	名称								
			所在地								
			電話番号								
	区分		名称								
			所在地								
			電話番号								
公費負担の対象となる障害		障害区分						病名			
医療の具体的方針											
自己負担上限額		月額			円		特定疾病療養受領証				
有効期間		平成 年 月 日 から			平成 年 月 日まで						
上記のとおり認定する。											
平成 年 月 日 浜松市長 印											

