

## 浜松市自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

### （趣旨）

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号）、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）及び浜松市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成18年規則第44号。以下「細則」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### （法令以外の基準）

第2条 自立支援医療費の支給認定について（平成18年障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。）に定めのある事項については、これに従い事務を実施するものとする。

### （意見書の省略）

第3条 自立支援医療の支給認定における再認定の取扱いについて（平成25年障発0619第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に記載のある事項について、自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（第1号様式）の更生医療医師記載欄に更生医療指定医師の証明があるものについては、省令第35条第2項第1号に定める意見書の添付を省略できるものとする。

### （申請・届出の様式）

第4条 省令第35条第1項及び省令第45条第1項の申請書は、自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（第1号様式）とする。

2 省令第47条第1項の届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届・資格喪失届（第2号様式）とする。

3 省令第48条第1項の申請書は、自立支援医療受給者証再交付申請書（第3号様式）とする。

4 省令第35条第2項第2号の書類は、自己負担上限額管理票（第4号様式）とする。

### 附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

### 附 則

1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年3月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書(新規・再認定・変更)													
障害者	フリガナ									性別	年齢	生年月日	
	受診者住所	〒								電話番号			
	個人番号												
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	浜松市（国保）・後期高齢（長寿） 全国健康保険協会 静岡支部 その他（ ） 健保組合 共済組合		
	受診者と同一保険の加入者氏名									保険の種類	国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済		
	受診者と同一保険の加入者個人番号												
	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	該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳番号	( ) ・ 浜松市 第 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		チェック		
	病院												
	薬局等												
受給者番号													
<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。          なお、この申請に関して必要な税情報や手当の受給状況等について市が調査・確認することに同意します。          また、受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等）に対し、市が受給者証情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者）氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（あて先）浜松市長</p>													
送付先変更希望	無 ・ 有 有の場合 宛名住所(〒 )												

**こちらは再認定の申請前に医療機関で記載してもらう欄です 受給者ご自身では記載しないでください**

<p><b>【更生医療指定医師記載欄】</b></p> <p>年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 今回の再認定申請手続きにおいて、上記受給者( )様の 年 月 日付け自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針の内容と変更はありません。</p> <p>更生医療指定医療機関名 _____ 更生医療指定医師氏名 _____</p>
--

**ここから下は浜松市が記載する欄です**

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	端末税画面 生活保護受給世帯の証明書 その他( )		
重度かつ継続確認	医師の意見書 ・ 高額療養費支給(多数該当)証明書 ・ その他( )		
前回の受給者番号			今回の受給者番号
処理日	窓口受付年月日	進達年月日	認定年月日
備考			

## 自立支援医療受給者証等記載事項変更届・資格喪失届 (更生医療)

(届出先)

浜松市長

令和 年 月 日

私は、次のとおり、自立支援医療受給者証等に関する事項について届け出ます。

【届出事項】 該当する項目を「」で囲んでください。

1 申請者氏名

1 記載事項変更 2 資格喪失

受診者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	大正 昭和 平成	年 月 日
	住所			電話番号		
	個人番号					
自立支援医療費受給者番号						
受給者証の有効期間		令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	
記載事項変更	事項	変更前		変更後		
	受診者に関する事項 (氏名・住所)					
資格喪失	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者)					
	事由発生日	令和 年 月 日				
	該当する項目を で囲んでください。 資格喪失の理由	市外転出 ・ 通院終了 ・ 死亡 ・ その他 (				
備考						

(注意)

- 1 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。  
被保険者証の変更など、自立支援医療における「世帯」の変更を伴う場合には、支給認定の変更を行う必要があるため、自立支援医療支給認定申請書(変更)も提出してください。  
自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、自立支援医療支給認定申請書(変更)を提出してください。

市チェック欄

--

第3号様式

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）

令和 年 月 日

浜 松 市 長 様

住 所  
申請者  
氏 名 印

申請者氏名は、自筆による署名の場合は押印不要

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

1 障害者

障害者 (受診者)	フリガナ		性 別	男・女	年 齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	フリガナ		電話番号				
	受診者住所						
個人番号							
受給者番号							

2 申請の理由

- (1) 汚れ
- (2) 破損
- (3) 紛失

(注) 汚れ又は破損を理由として再交付の申請をする場合は、交付を受けている医療受給者証を添付すること。

第4号様式

日付	医療機関名	自己負担額 (円)	月間負担額 累積額(円)	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

令和 年 月 分 自己負担上限額管理票

受診者名			
受給者番号	自己負担 上限額		

下記の日により自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
日		

(受診者の方へ)

受診・会計の際に、受給者証といっしょに医療機関等の窓口へ提出してください。

(医療機関の方へ)

会計の際に、受給者証で認定内容を確認のうえ、記入および押印をしてください。

日付	医療機関名	自己負担額 (円)	月間負担額 累積額(円)	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

令和 年 月 分 自己負担上限額管理票

受診者名			
受給者番号	自己負担 上限額		

下記の日により自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
日		

(受診者の方へ)

受診・会計の際に、受給者証といっしょに医療機関等の窓口へ提出してください。

(医療機関の方へ)

会計の際に、受給者証で認定内容を確認のうえ、記入および押印をしてください。

日付	医療機関名	自己負担額 (円)	月間負担額 累積額(円)	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

令和 年 月 分 自己負担上限額管理票

受診者名			
受給者番号	自己負担 上限額		

下記の日により自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
日		

(受診者の方へ)

受診・会計の際に、受給者証といっしょに医療機関等の窓口へ提出してください。

(医療機関の方へ)

会計の際に、受給者証で認定内容を確認のうえ、記入および押印をしてください。