

# 加古川市自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（案）

平成25年3月29日

福祉部長決定

（趣旨）

第1条 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。以下「法」という。）第58条第1項に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続等については、法令、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及び加古川市自立支援医療費支給認定通則実施要綱（以下「通則実施要綱」という。）によるほか、本要綱により支給認定の適正な実施を図るものとする。

（定義）

第2条 本要綱において用いる用語の意義は、法、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「施行規則」という。）及び通則実施要綱に規定する用語の意義によるものとする。

（更生医療の対象）

第3条 更生医療の対象となる者は、加古川市に居住地を有する者で、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体上の障害を有すると認められる者であって、確実な治療効果が期待できるものとする。

2 更生医療の対象となる障害は、次のとおり施行規則第6条の18で定められているものとする。

- （1）視覚障害によるもの
- （2）聴覚、平衡機能の障害によるもの
- （3）音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの
- （4）肢体不自由によるもの
- （5）心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限

を受ける程度であると認められるものに限る。)

(6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの(日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。)

3 更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られるものとする。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないものとする。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くものとする。なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となるものとする。

4 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、次のとおりとする。

(1) 診察

(2) 薬剤又は治療材料の支給

(3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

(4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護

(5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(6) 移送(医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。)

(支給認定の申請)

第4条 支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるとおりとし、具体的な手続は次のとおりとする。

(1) 申請者は、自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に次の書類を添付のうえ、市長に申請するものとする。ただし、市長は、添付書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができるものとする。

ア 指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療（更生医療）意見書（兵庫県立身体障害者更生相談所「相談判定実務ハンドブック」に規定する様式11から様式17までを用いる。以下「医師の意見書」という。）

イ 身体障害者手帳の写し

ウ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（申請者の同意に基づき税情報等で確認できる場合を除き、市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）

エ 腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写し

（２）医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるため、必ず指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したものとする。

（３）市長は、所定の手続きによる申請を受理したときは、備付けの自立支援医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、兵庫県立身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）の長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させるものとする。

（４）受診者及び受診者と同じ「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係については、情報提供ネットワークシステム等により、その内容を確認するものとする。

（支給認定）

第５条 市長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、「世帯」の所得情報及び更生相談所の判定に基づき、高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）への該当・非該当、負担上限月額認定を行ったうえで、施行規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証（更生医療）（

様式第2号。以下「受給者証」という。)を交付する。また、必要に応じ自己負担上限額管理票(様式第3号。以下「管理票」という。)を申請者に交付するものとする。なお、支給認定に際して指定自立支援医療機関において実施する医療以外に移送等を必要とすると認められた者については、それらに要する費用額の算定を行って調査書を作成するものとする。

2 市長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要としないと認めたときは、自立支援医療費(更生医療)支給認定申請却下通知書(様式第4号。以下「却下通知書」という。)を申請者に交付する。

3 更生医療の提供に関する具体的方針は、判定に基づき、受給者証裏面に詳細に記入するものとする。

4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に関する費用に限られるものとする。

5 同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は、原則1か所とする。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することができる。

(支給認定の有効期間)

第6条 支給認定の有効期間は原則3か月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱うものとする。

2 腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等については、最長1年以内とする。

(医療の具体的方針の変更)

第7条 指定自立支援医療機関が受給者証の有効期間内に医療の具体的方針を変更する必要があると認めたときは、受給者は、当該指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したもので、更生医療の提供に関する具体的方針の変更の必要性を詳細に記した自立支援医療(更生医療)(方針変更・期間延長・医療機関変更)申請書(様式第5号。以下「変更申請書」という。)に受給者証を添付のうえ、市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の規定による申請の内容を審査し、変更の必要があると認めたとき

は、申請者に変更後の新たな受給者証を交付する。この場合において、変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とするものとする。

- 3 市長は、第1項の規定による申請の内容を審査し、変更の必要がないと認めたときは、申請者に却下通知書を交付する。

(負担上限月額に関する事項の変更)

第8条 有効期間内に負担上限月額に関する事項に変更が生じたときは、受給者は、申請書に「世帯」の所得の状況を証明する書類及び受給者証を添付し、市長に申請することができる。ただし、市長は、「世帯」の所得の状況を証明する書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができるものとする。

- 2 市長は、前項の規定による申請の内容を審査し、変更の必要があると認めたときは、申請者に変更後の新たな受給者証及び必要に応じて管理票を交付する。この場合において、変更の効力の始期は、変更を決定した日の属する月の翌月の初日とするものとする。
- 3 市長は、第1項の規定による申請の内容を審査し、変更の必要がないと認めたときは、申請者に却下通知書を交付する。

(指定自立支援医療機関の変更)

第9条 受給者は、受給者証に記載された指定自立支援医療機関を変更しようとするときは、変更後の指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したもので、指定自立支援医療機関の変更の必要性を詳細に記した変更申請書に受給者証を添付のうえ、市長に申請することができる。

- 2 市長が前項の申請を受理したときの手続きは、第7条第2項及び同条第3項の規定を準用する。
- 3 前項の規定にかかわらず、指定自立支援医療機関の変更と同時に、医療の具体的方針にも変更があるときは、更生相談所の長に対し、判定を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させるものとする。この場合において、支給認定の手続きについては、第5条の規定を準用する。

(変更の届出)

第10条 受給者は、受給者証の有効期間内に前3条の変更以外の変更が生じたときは、自立支援医療（更生医療）受給者証等記載事項変更届（様式第6号）に当該変更事項を証明する書類等を添付のうえ、市長に届け出るものとする。ただし、市長は、添付書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができるものとする。

2 市長は、前項の規定による届出書を受理したときは、受給者証の訂正等必要な措置を講ずるものとする。

（受給者証の再交付）

第11条 受給者は、受給者証を紛失し、又はき損したときは、自立支援医療（更生医療）受給者証再交付申請書（様式第7号）により、市長に再交付を申請することができる。なお、当該申請理由がき損のときは、受給者は、当該申請に受給者証を添付するものとする。

2 市長は、前項の規定による申請を承認したときは、申請者に受給者証を再交付する。

（再認定）

第12条 第6条の規定にかかわらず、当該受給に係る指定自立支援医療機関で主として更生医療を担当する医師が引き続き更生医療の支給を継続する必要があると認めたときは、受給者証の有効期間満了日前に、受給者は、更生医療の再認定を申請できるものとし、その具体的な手続きについては次のとおりとする。

（1）受給者は、申請書に受給者証、再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、身体障害者手帳の写し、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付し、市長に申請するものとする。ただし、市長は、添付書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができるものとする。なお、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係については、情報提供ネットワークシステム等により、その内容を確認するものとする。

（2）市長が前号の申請を受理したときの手続きは、第4条第3号の規定を準用す

る。

2 第1項の申請に係る支給認定については、第5条の規定を準用する。

(期間延長(再延長))

第13条 市長は、前条の規定にかかわらず、緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると指定自立支援医療機関が認めるときには、治療経過・予定報告書(以下、「報告書」という。)にその旨を記入して提出させるものとする。この場合において、単なる期間延長として認められる期間は2週間以内とし、かつ、1回に限り、更生相談所における判定を要せずに、市長の判断により期間延長の承認を行うことができるものとする。

2 受給者は、前条及び前項の規定にかかわらず、当該受給に係る指定自立支援医療機関で主として更生医療を担当する医師が引き続き更生医療の支給を継続する必要があると認めたときで、かつ、更生相談所が以前の判定において以後の判定は不要としているときは、次の手続きにより市長に更生医療の延長(再延長)の申請をすることができるものとする。

(1) 受給者は、指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したもので、更生医療の延長の必要性を詳細に記した自立支援医療(更生医療)期間延長(再延長)申請書(様式第8号。以下「延長申請書」という。)に受給者証、身体障害者手帳の写し、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付し、市長に申請することができる。ただし、市長は、添付書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができるものとする。なお、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係については、情報提供ネットワークシステム等により、その内容を確認するものとする。

(2) 市長は、所定の手続きによる申請を受理したときは、延長(再延長)の要否等について以前の判定に基づき審査し、延長(再延長)の必要があると認められるものについて、申請者に延長(再延長)後の新たな受給者証及び必要に応じて

管理票を交付する。

- (3) 市長は、審査の結果、延長（再延長）を必要としないと認められるものについては、申請者に却下通知書を交付するものとする。

（自立支援医療費の支給）

第14条 市長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に対し、必要に応じ、報告書の提出を求めるものとする。ただし、当該指定自立支援医療機関が薬局である場合はその必要はないものとする。

2 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、第3条第4項のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次のとおりとする。

- (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、市長が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うものとする。

- (2) 治療材料費は、治療経過中に要と認められた医療保険適用のものであり、最小限度の治療材料及び治療装具のみを支給するものとする。なお、この場合は現物支給をすることができる。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は認められないものとする。

- (3) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立支援医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受けるときにのみ、その料金を支給するものとする。

- (4) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次のとおりとする。

ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」により算定するものとする。

イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額に算定方法の例のとおりとする。

（移送費）

第15条 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができないものであって、受診者本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給するものとする。この場合において、家族が行った移送等の経費については支給の対象外とするもの

とする。

- 2 受給者は、移送費の支給を受ける必要があるときは、担当医師の意見を付した自立支援医療（更生医療）移送費支給認定申請書（様式第9号）により、事前に市長に申請するものとする。
- 3 市長は、前項に規定する申請の内容を審査し、移送費の支給が必要と認めたときは、自立支援医療（更生医療）移送費支給認定書（様式第10号）を交付する。
- 4 市長は、第2項に規定する申請の内容を審査し、移送費の支給を必要としないと認めたときは、自立支援医療（更生医療）移送費支給認定申請却下通知書（様式第11号）を申請者に交付する。
- 5 移送費の支給認定を受けた者は、自立支援医療（更生医療）移送費請求書（様式第12号）により、市長に請求するものとする。
- 6 市長は、前項に規定する請求があったときは、審査のうえ請求者に支払う。

（受給者証の返還）

第16条 受給者は、次のいずれかに該当するときは、自立支援医療受給者証（更生医療）返還届（様式第13号）により受給者証を市長に返還するものとする。

- （1）受給者が死亡したとき又は医療を受けることを中止したとき。
- （2）受給者が加古川市外に居住地を変更したとき。
- （3）その他、更生医療の給付を受ける必要がなくなったとき。

（補則）

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の自立支援医療（更生医療）支給認定実施要綱様式第 1 号、第 5 号から第 9 号まで及び第 12 号で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

この要綱は、令和 6 年 11 月 25 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 7 月 1 日から施行する。

(表面)

### 《注意事項》

- ## 《記入要領》

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。  
 ※2、3 裏面「所得の区分等に関するチェックシート」を参照し、該当すると思う区分に○をする。  
 ※4 再認定、変更の場合に記入。

## 〈 所得の区分等に関するチェックシート 〉

自立支援医療制度における「世帯」とは、受診している方が加入している医療保険において受診者と同一医療保険で認定されている範囲の方全員のことです。

### ◎ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
  - 受けている : 「所得区分1」に○をしてください。生活保護受給証明書をご提出ください。
  - 受けていない : ⇒2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
  - 課税されていない : ⇒3へ（同意書又は市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
  - 課税されている : ⇒4へ（同意書又は市町村民税の課税額が分かる証明書〈市町村民税課税証明書等〉をご用意ください。）
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万9千円以下ですか。  
（※収入：障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
  - 80万9千円以下 : 「所得区分2」に○をしてください。
  - 80万9千円を超える : 「所得区分3」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、医療保険加入者が納めている市町村民税（所得割のみ）は以下のどの金額に該当しますか。
  - 市町村民税額（所得割） 3万3千円未満 : 「所得区分4」に○をしてください。
  - 市町村民税額（所得割） 3万3千円以上23万5千円未満 : 「所得区分5」に○をしてください。
  - 市町村民税額（所得割） 23万5千円以上 : 「所得区分6」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
  - 該当する : 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
  - 該当しない : 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

#### ※「重度かつ継続」の対象範囲

- ①更生医療・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、肝臓機能障害  
心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る。）
- ②医療保険の高額療養費で多数該当の方

## 〈 自立支援医療の月額負担上限額 〉

| ← 一定所得以下 → |                            |                            | ← 中間的な所得 →             |                                          | ← 一定所得以上 →                        |
|------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 生活保護       | 市町村民税非課税<br>保護者収入 ≤ 80万9千円 | 市町村民税非課税<br>80万9千円 < 保護者収入 | 市町村民税（所得割）<br>< 3, 3万円 | 3, 3万円 ≤ 市町村民税（所得割）<br>< 23, 5万円         | 23, 5万円 ≤ 市町村民税（所得割）              |
| 「所得区分1」    | 「所得区分2」                    | 「所得区分3」                    | 「所得区分4」                | 「所得区分5」                                  | 「所得区分6」                           |
| 0円         | 負担上限額<br>2, 500円           | 負担上限額<br>5, 000円           | 負担上限額<br>医療保険の自己負担限度額  |                                          | 公費負担の対象外<br>（医療保険の負担割合<br>・負担限度額） |
|            |                            |                            | 負担上限額<br>5, 000円       | <div>重 度 か つ 継 続</div> 負担上限額<br>10, 000円 | <div>経過措置</div> 負担上限額<br>20, 000円 |

様式第2号（第5条、第7条、第8条、第9条、第10条、第11条、第12条、第13条関係）

（表面）

|                                       |                   |  |  |  |              |  |      |  |  |
|---------------------------------------|-------------------|--|--|--|--------------|--|------|--|--|
| 自立支援医療受給者証（更生医療）                      |                   |  |  |  |              |  |      |  |  |
| 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              |  |  |  |              |  | 生年月日 |  |  |
|                                       | 氏名                |  |  |  |              |  |      |  |  |
|                                       | 住所                |  |  |  |              |  |      |  |  |
|                                       | 加入医療保険の<br>記号及び番号 |  |  |  | 保険者名         |  |      |  |  |
|                                       | 重度かつ継続            |  |  |  |              |  |      |  |  |
| 指定医療機関名                               | 病院・診療所            |  |  |  | 所在地・<br>電話番号 |  |      |  |  |
|                                       | 薬局                |  |  |  | 所在地・<br>電話番号 |  |      |  |  |
|                                       | 訪問看護事業者           |  |  |  | 所在地・<br>電話番号 |  |      |  |  |
| 自己負担上限額（月額）                           |                   |  |  |  |              |  | 負担割合 |  |  |
| 有効期間                                  |                   |  |  |  |              |  |      |  |  |
| 上記のとおり認定する。<br><br>年 月 日<br><br>加古川市長 |                   |  |  |  |              |  |      |  |  |

(裏面)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針） |  |
| 公費負担の対象となる障害                   |  |
| 医療の具体的方針                       |  |
| 特定疾病療養受療証                      |  |

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

年 月分自己負担上限額管理票

|     |  |       |  |
|-----|--|-------|--|
| 受診者 |  | 受給者番号 |  |
|-----|--|-------|--|

自己負担上限額（月額）

下記のとおり自己負担上限額（月額）に達しました。

|     |       |
|-----|-------|
| 日 付 | 医療機関名 |
| 月 日 |       |

[illegible]

第 年 月 日 号

自立支援医療（更生医療）支給認定申請却下通知書

様

加古川市長

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第58条第1項の規定による自立支援医療（更生医療）の支給認定申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他（ ）

年 月 日

加古川市長 様

指定医療機関

指定（届出）医師

診療担当医師  
(TEL)                   —       —

自立支援医療（更生医療）（方針変更・期間延長・医療機関変更）申請書

更生医療を実施したところ      医療の具体的方針を変更  
期 間 延 長 （ 2 週 間 以 内 ）      する必要が生じたので、下記の  
医 療 機 関 を 変 更  
とおりに申請します。

記

|                            |                                                  |                                 |           |     |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----|--|
| 更生医療券番号                    | 第                   号                            | 医療券交付年<br>月                   日 | 年   月   日 |     |  |
| 診療開始年月日                    | 年   月   日                                        |                                 | 受療者氏名     |     |  |
| 変更（延長）事<br>項 及 び 事 由       |                                                  |                                 |           |     |  |
| 期間延長（予定）                   | 年   月   日   ～                   年   月   日（2週間以内） |                                 |           |     |  |
| 転院（前・先）医療<br>機 関 名 （ ※ 1 ） |                                                  | 所在地                             | 市・町       | TEL |  |
| 変更（延長）後の<br>医療費概算額内訳       | 金   額                                            | (備 考)                           |           |     |  |
| 初診・再診                      | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 手           術              | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 投 薬 ・ 注 射                  | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 処           置              | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 検           査              | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 入           院              | 円                                                |                                 |           |     |  |
| そ の 他                      | 円                                                |                                 |           |     |  |
| 合           計              | 円                                                |                                 |           |     |  |

（※1）医療機関変更の場合、転院先医療機関（受入理由・転院前医療機関・医療費概算等記載）の申請が必要。

年   月   日

私は上記の変更（延長）に同意します。

氏 名

個人番号

様式第6号（第10条関係）

| 自立支援医療（更生医療）受給者証等記載事項変更届                                  |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|--|--|--|------|--|--|-----|--|--|-------|--|--|--|
| 受給者                                                       | フリガナ                                             |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  | 生年月日  |  |  |  |
|                                                           | 氏 名                                              |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  | 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                                                 |                                                  | 年 月 日 から 年 月 日 まで |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 変<br>更<br>内<br>容                                          | 事項                                               | 変更前               |  |  |  |      |  |  | 変更後 |  |  |       |  |  |  |
|                                                           | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・<br>電話番号）                    |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
|                                                           | 加入医療保険に関する<br>事項（記号及び番号・<br>保険者名・受診者と<br>同一の加入者） |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
|                                                           | 身体障害者手帳番号                                        |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 備考                                                        |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 届出者氏名                                                     |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 年 月 日                                                     |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |
| 加古川市長 様                                                   |                                                  |                   |  |  |  |      |  |  |     |  |  |       |  |  |  |

備考

自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。

様式第 7 号（第 11 条関係）

|                                                                                                                                                              |                   |                   |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|--|----------|--|------|--|-------|--|--|--|--|
| 自立支援医療（更生医療）受給者証再交付申請書                                                                                                                                       |                   |                   |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
| 受<br>給<br>者                                                                                                                                                  | フリガナ              |                   |  |          |  |      |  | 生年月日  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                              | 氏 名               |                   |  |          |  |      |  | 年 月 日 |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                              | 住 所               | 〒 -               |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                              | 電話番号              | ( ) -             |  | 個人<br>番号 |  |      |  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                              | 加入医療保険の<br>記号及び番号 | 記号                |  | 番号       |  | 保険者名 |  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                              | 重度かつ継続            | 該当 ・ 非該当          |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
| 自立支援医療費<br>受給者番号                                                                                                                                             |                   |                   |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
| 受給者証の有効期間                                                                                                                                                    |                   | 年 月 日 から 年 月 日 まで |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |
| <p>次の理由により、自立支援医療（更生医療）受給者証の再交付を申請します。</p> <p>（理由）＊該当するものを○でかこんでください。</p> <p>破損 ・ 汚損 ・ 紛失</p> <p>加 古 川 市 長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> |                   |                   |  |          |  |      |  |       |  |  |  |  |

備考  
破損又は汚損による申請の場合は、自立支援医療受給者証（更生医療）を添付すること。

年 月 日

加古川市長 様

指定医療機関

指定（届出）医師

診療担当医師  
(TEL) — —

自立支援医療（更生医療）期間延長（再延長）申請書

更生医療を実施したところ、期間延長（再延長）する必要があるため、下記のとおり申請します。

記

|                              |       |                        |       |
|------------------------------|-------|------------------------|-------|
| ※ 受 給 者 番 号                  |       | ※ 受 給 者 証<br>交 付 年 月 日 | 年 月 日 |
| 診 療 開 始 年 月 日                | 年 月 日 | 受 療 者 氏 名              |       |
| 期間延長（再延長）事項<br>及 び 事 由       |       |                        |       |
| 延長後の<br>医療費概算額内訳<br>（1ヶ月あたり） | 金額    | (備考)                   |       |
| 初 診 ・ 再 診                    | 円     |                        |       |
| 手 術                          | 円     |                        |       |
| 投 薬 ・ 注 射                    | 円     |                        |       |
| 処 置                          | 円     |                        |       |
| 検 査                          | 円     |                        |       |
| 入 院                          | 円     |                        |       |
| そ の 他                        | 円     |                        |       |
| 合 計                          | 円     |                        |       |

※印の欄については加古川市で記入します。

年 月 日

私は上記の期間延長（再延長）に同意します。

申請者  
住 所  
  
氏 名  
  
個人番号

自立支援医療（更生医療）移送費支給認定申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者 住 所

氏 名

個人番号

自立支援医療（更生医療）移送費の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|     |       |  |      |                   |
|-----|-------|--|------|-------------------|
| 受給者 | 氏 名   |  | 生年月日 | 年 月 日             |
|     | 住 所   |  | 電話番号 | (       )       - |
|     |       |  | 個人番号 |                   |
|     | 受給者番号 |  | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで   |

|            |             |       |  |
|------------|-------------|-------|--|
| 移送を必要とする区間 |             |       |  |
| 移送方法       |             |       |  |
| 移送年月日      | 年 月 日       | 費用見込額 |  |
| 医師の意見      |             |       |  |
|            | 年 月 日       |       |  |
|            | 指定自立支援医療機関名 |       |  |
|            | 担当医師氏名      |       |  |

|                      |       |  |  |  |  |  |       |      |  |
|----------------------|-------|--|--|--|--|--|-------|------|--|
| 自立支援医療（更生医療）移送費支給認定書 |       |  |  |  |  |  |       |      |  |
| 受給者番号                |       |  |  |  |  |  |       | 有効期間 |  |
| 受給者等                 | 氏 名   |  |  |  |  |  | 生年月日  |      |  |
|                      | 住 所   |  |  |  |  |  |       |      |  |
|                      | 移送区間  |  |  |  |  |  |       |      |  |
|                      | 移送方法  |  |  |  |  |  |       |      |  |
|                      | 移送年月日 |  |  |  |  |  |       |      |  |
| 指定自立支援医療機関名          |       |  |  |  |  |  | 担当医師名 |      |  |
| 移送費概算額               |       |  |  |  |  |  |       |      |  |
| 上記のとおり認定する。          |       |  |  |  |  |  |       |      |  |
| 年 月 日                |       |  |  |  |  |  |       |      |  |
| 加古川市長                |       |  |  |  |  |  |       |      |  |

第 年 月 号 日

自立支援医療（更生医療）移送費支給認定申請却下通知書

様

加古川市長

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第58条第1項の規定による自立支援医療（更生医療）に係る移送費の支給認定申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

自立支援医療（更生医療）移送費請求書

年 月 日

加古川市長 様

|              |      |                 |
|--------------|------|-----------------|
| 請求者<br>(受給者) | 住 所  |                 |
|              | 電話番号 | (      )      - |
|              | 氏 名  |                 |

下記のとおり、自立支援医療（更生医療）に要した移送費として請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

|                    |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
|--------------------|--------------------|-------|------|------|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 受給者氏名              |                    | 受給者番号 |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 自立支援医療受給者証<br>有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで  |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 移送区間               |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 移送方法               |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 移送年月日              |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 移送費総額              |                    | 自己負担額 |      | 市負担額 |  |  |  |  |  |  |               |
| 振込先<br>金融機関        | 銀行・信用金庫<br>農協・信用組合 |       |      |      |  |  |  |  |  |  | 支所・支店<br>・出張所 |
| 預金種目               | 1.普通 2.当座 3.貯蓄     |       | 口座番号 |      |  |  |  |  |  |  |               |
| フリガナ               |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |
| 口座名義人              |                    |       |      |      |  |  |  |  |  |  |               |

自立支援医療受給者証（更生医療）返還届

加古川市長 様

返還者  
住所

氏名

下記のとおり、自立支援医療受給者証（更生医療）を返還します。

記

受給者証所持者      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

自立支援医療受給者番号      \_\_\_\_\_

- 返還理由
- ☐ 死亡
  - ☐ 有効期間内の返却（理由 \_\_\_\_\_）
  - ☐ その他（理由 \_\_\_\_\_）

返還年月日                      年              月              日