

加古川市自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（案）

平成25年 3 月 28 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（育成医療）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。

（育成医療の対象）

第 3 条 育成医療の対象となる児童は、保護者が加古川市に居住地を有する児童で、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第 4 条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する障害若しくは疾患に係る医療を行わないときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって、確実な治療の効果が期待できるものとする。

2 育成医療の対象となる障害は、次のとおり施行規則第 6 条の17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、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの

(6) 先天性の内臓の機能の障害によるもの（(5)に掲げるものを除く。）

(7) 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

3 内臓の機能の障害によるものについては、手術により、将来、生活能力を維持できる状態とな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するものとする。

4 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、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（育成医療）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、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育成医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療（育成医療）意見書（様式第2号。以下「医師の意見書」という。）

イ 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）

ウ 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育成医療を主として担当する医師が作成したものとす。

(3) 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。

(支給認定)

第5条 市長は、所定の手続による申請を受理したときは、受診者について育成医療の要否等に関し、育成医療の対象となる障害の種類、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行う。なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額は、健康保険診療報酬点数表を用いて、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について算定を行うものとする。

2 市長は、当該申請について、育成医療を必要とすると認めたときは、「世帯」の所得状況を確認のうえ、高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）への該当・非該当及び負担上限月額の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（育成医療）（様式第3号。以下「受給者証」という。）を申請者に交付する。なお、必要に応じ自己負担上限額管理票（様式第4号。以下「管理票」という。）を申請者に交付するものとする。

3 市長は、育成医療の認定を必要としないと認めたときは、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請却下通知書（様式第5号。以下「却下通知書（申請者）」とい

う。)を申請者に交付する。

4 市長は、前2項の決定をしたときは、その旨を自立支援医療（育成医療）の支給認定について（様式第6号。以下「認定通知書（医療機関）」という。）又は自立支援医療（育成医療）支給認定申請の却下について（様式第7号。以下「却下通知書（医療機関）」という。）により、当該申請に係る指定自立支援医療機関の長に通知する。

5 育成医療の提供に関する具体的方針は、受給者証裏面に詳細に記入するものとする。

6 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。

7 同一受診者に対し、当該受診者が育成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。ただし、「音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの」のうち、歯科矯正を伴う医療の支給認定の有効期間は、6か月以内とする。

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。

3 受診者が、支給認定の有効期間内に満18歳になったときであっても、当初の支給認定の有効期間内は育成医療の支給認定の取消しは行わないものとするが、この期間を超えて再度の育成医療の支給認定を行うことはできないものとする。

（指定自立支援医療機関の変更）

第7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、申請書に変更後の指定自立支援医療機関において育成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医師の意見書及び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るときは、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、指定自立支援医療機関の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るときは、申請者に却下通知書（申請者）を交付する。

4 市長は、前2項の決定をしたときは、その旨を認定通知書（医療機関）又は却下通知書（医療機関）により当該申請に係る指定自立支援医療機関の長に通知する。

（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。

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るときは、申請者に変更後の新たな受給者証及び管理票を交付する。この場合において、負担上限月額の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るときは、申請者に却下通知書（申請者）を交付する。

4 市長は、前2項の決定をしたときは、その旨を認定通知書（医療機関）又は却下通知書（医療機関）により当該申請に係る指定自立支援医療機関の長に通知する。

（医療の具体的方針の変更）

第9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るときは、受給者は、申請書に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医師の意見書及び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るときは、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、医療の具体的方針の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（申請者）を交付する。

4 市長は、前2項の決定をしたときは、その旨を認定通知書（医療機関）又は却下通知書（医療機関）により当該申請に係る指定自立支援医療機関の長に通知する。

（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（育成医療）受給者証等記載事項変更届（様式第8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 受給者証を紛失し、又はき損したときは、受給者は、自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書（様式第9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 受給者は、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育成医療を担当する医師が引き続き育成医療の支給を継続する必要があると認めるときは、受給者証の有効期間満了日前に、申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、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。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、前項の規定による申請の内容を審査し、再認定が必要と認めるときは申

請者に新たな受給者証及び管理票を交付する。

3 市長は、第1項の規定による申請の内容を審査し、再認定は不要と認めたときは、申請者に却下通知書（申請者）を交付する。

4 市長は、前2項の決定をしたときは、認定通知書（医療機関）又は却下通知書（医療機関）により当該申請に係る指定自立支援医療機関の長に通知する。

（自立支援医療費の支給）

第13条 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育成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 支給認定の有効期間内において、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は、その併発病の治療についても自立支援医療費の支給の対象として差支えないものとする。

（治療用装具）

第14条 治療材料費は、育成医療の支給認定時に装具による治療について承認を受けた場合において、育成医療の治療に要する医療保険適用の装具（以下「治療用装具」という。）の交付を受け、医師により受診者に適正に装着できるか、及び当該装具が医療の目的を達するかの判定が行われたものについて支給するものとする。ただし、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、支給は認めないものとする。

2 受給者は、治療用装具の購入に要した費用について請求しようとするときは、自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書（様式第10号）に次に掲げる書類を添付のうえ、市長に請求するものとする。

（1）自立支援医療（育成医療）治療装具装着等証明書（様式第11号）

（2）当該治療用装具の支給認定に係る受給者証及び管理票の写し

（3）当該治療用装具の購入に要した費用の領収証

（4）加入健康保険の保険者が発行した当該治療用装具についての療養費支給決定通知書

3 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。

(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（育成医療）移送費支給認定申請書（様式第12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るときは、自立支援医療（育成医療）移送費支給認定書（様式第13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るときは、自立支援医療（育成医療）移送費支給認定申請却下通知書（様式第14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（育成医療）移送費請求書（様式第15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（育成医療）返還届（様式第16号）により受給者証を市長に返還するものとする。

(1) 受給者証の有効期間内に医療の中止の決定があったとき。

(2) 受診者が死亡したとき。

(3) 保護者が加古川市外に居住地を変更したとき。

(4) その他、育成医療の給付を受ける必要がなくなったとき。

(台帳の整備)

第17条 市長は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給について自立支援医療（育成医療）支給認定台帳を備え付け、支給認定の状況を明らかにしておくものとする。

(補則)

第18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28年4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。

(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（育成医療）支給認定実施要綱様式第1号、第2号、第4号、第8号から第12号まで及び第15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。

附 則

この要綱は、令和8年7月1日から施行する。

様式第1号 (第4条、第7条、第8条、第9条、第12条関係)

(表面)

自立支援医療費 (育成医療) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更) ※1										
受診者	フリガナ					年齢	歳	生年月日		
	氏名							年 月 日		
	住所	〒 -				電話番号	() -			
						個人番号				
保護者	フリガナ					受診者との続柄				
	氏名									
	住所	〒 -								
	電話番号	() -				個人番号				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	記号		番号		保険者名				
	受診者と同一保険の加入者	フリガナ								
		氏名								
		個人番号								
該当する所得区分※2	区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6				重度かつ継続 ※3		該当 ・ 非該当			
身体障害者手帳番号	兵庫県・兵東加 () 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					
	病院・診療所				TEL () -					
	薬局				TEL () -					
	訪問看護事業者				TEL () -					
受給者番号 ※4				有効期限	年 月 日					
<p>加古川市長 様</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費 (育成医療) の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">(保護者氏名を記入のこと)</p>										

〈注意事項〉

- 1 医療開始後については、原則、育成医療の適用はできません。
- 2 申請前に裏面の「所得の区分等に関するチェックシート」を参照の上、該当する所得区分をご確認ください。特に市町村民税 (所得割) 額が23万5千円を越え、「重度かつ継続」に該当しない場合は、公費負担の対象外となりますのでご注意ください。

〈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が属する生計を一にする世帯員の収入がそれぞれ82万6千5百円以下ですか。（※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）
 - 82万6千5百円以下 : 「所得区分2」に○をしてください。
 - 82万6千5百円を超える : 「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 育成医療・・・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	市町村民税均等割 保費者収入 ≤ 82万6千5百円	市町村民税均等割 82万6千5百円 < 保費者収入	市町村民税（所得割） < 3, 3万円	3, 3万円 ≤ 市町村民税（所得割） < 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 2, 500円	負担上限額 5, 000円	経過措置 負担上限額 5, 000円 10, 000円		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			重 度 かつ 継 続 負担上限額 5, 000円 10, 000円		経過措置 負担上限額 20, 000円

様式第2号（第4条、第7条、第9条、第12条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日
受診者住所				
病名	(先天性・後天性)	発症年月日	年 月 日	
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	1 視覚障害 2 聴覚・平衡機能障害 3 音声・言語・そしゃく機能障害 4 肢体不自由 5 心臓機能障害 6 腎臓機能障害 7 呼吸器機能障害 8 ぼうこう若しくは直腸 9 小腸機能障害 10 肝臓機能障害 11 先天性の内臓機能障害（5から10に掲げるものを除く。） 12 免疫機能障害	左記障害による不自由の状況を具体的に記入ください		
医療の具体的方針	今回の治療開始予定年月日 年 月 日			
	治療用装具（有・無）	装具名：		
治療	治療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		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	
	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				円
医療費及び移送費合計額				円
治療後における障害の回復状況の見込				
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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 診療科 担当医師名				

様式第3号（第5条、第7条、第8条、第9条、第10条、第11条、第12条関係）

（表面）

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					生年月日	
	氏名						
	住所						
	加入医療保険の記号及び番号				保険者名		
	重度かつ継続						
受給者	フリガナ					続柄	
	氏名						
	住所						
指定医療機関名	病院・診療所				所在地・電話番号		
	薬局				所在地・電話番号		
	訪問看護事業者				所在地・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。							
年 月 日				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。

第 年 月 日 号

自立支援医療（育成医療）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（育成医療）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（ ）

第 号
年 月 日

様

加古川市長

自立支援医療（育成医療）の支給認定について（通知）

自立支援医療（育成医療）につきまして、格別のご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、このたび下記の児童につきまして、自立支援医療（育成医療）の支給認定を行いましたので、格別のご配慮を賜りたくお願いいたします。

記

公費負担者番号 受給者番号	氏名	有効期間	自己負担上限額 (月額)	備考

第 号
年 月 日

様

加古川市長

自立支援医療（育成医療）支給認定申請の却下について（通知）

自立支援医療（育成医療）につきまして、格別のご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、 年 月 日付で申請された下記の者に係る自立支援医療（育成医療）
の支給認定申請については、却下となりましたのでお知らせいたします。

記

- 1 申請者氏名
申請者住所
- 2 受診者氏名
生年月日
疾病名
- 3 理由

様式第8号（第10条関係）

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届					
受診者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒			
	電話番号	() -	個人番号		
保護者	フリガナ				受診者との続柄
	氏名				
	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	
変更内容	事項	変更前		変更後	
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)				
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)				
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)				
	身体障害者手帳番号				
備考					
<p>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。</p> <p>届出者氏名 (保護者氏名を記入のこと)</p> <p>年 月 日 加古川市長 様</p>					
備考					
<p>1 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。</p> <p>2 ※の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。</p>					

自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書						
受 診 者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年 月 日	
	住所	〒 -				
	電話番号	() -	個人 番号			
	加入医療保険の 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				
保 護 者	フリガナ				受診者との 続柄	
	氏名					
	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		
<p>次の理由により、自立支援医療（育成医療）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 style="text-align: center;">破損 ・ 汚損 ・ 紛失</p> <p style="text-align: center;">加古川市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">（保護者氏名を記入のこと）</p>						
<p>備考</p> <p>1 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（育成医療）を添付すること。</p> <p>2 ※の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。</p>						

自立支援医療（育成医療）治療用装具費請求書

保 険	有（社保・国保）・無	保険者負担割合		
請求金額	¥	内訳	装具の価格	
			保険者負担額	
			自己負担額	
			公費負担額 (請求金額)	
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			
	氏 名			
	住 所	〒		

上記のとおり請求します。

年 月 日

加古川市長 様

請求者

住 所

フリガナ

氏 名

電 話

金融機関			
預金種別			
支店番号		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(添付書類)

- ・自立支援医療（育成医療）治療装具装着等証明書（様式第 11 号）
- ・自立支援医療（育成医療）受給者証（様式第 3 号）の写し
- ・当該治療用装具の購入に要した費用の領収証
- ・保険者が発行した治療用装具の購入に必要なとした費用についての療養費支給決定証明書

自立支援医療（育成医療）治療用装具装着等証明書

自立支援医療費受給者	公費負担者番号										
	自立支援医療費受給者番号										
	有効期間	年 月 日 から					年 月 日 まで				
	受診者	フリガナ									
氏 名											
住 所		〒									
受給者	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒									
治療用装具名											
治療用装具価格											
業者名											
適合検査	<p>年 月 日 検査</p> <p>検査者 指定自立支援医療機関（育成医療）</p> <p>担 当 医 師 名</p>										
適合証明	<p>装具についても適合の事実を証明します。</p> <p>年 月 日 検査</p> <p>指定自立支援医療機関（育成医療）院（所）長名</p>										

自立支援医療（育成医療）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（育成医療）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。

受診者	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			

様式第 13 号 (第 15 条関係)

自立支援医療（育成医療）移送費支給認定書				
受給者番号				有効期間
受診者等	氏名			生年月日
	住所			
	移送区間			
	移送方法			
	移送年月日			
受給者	氏名			続柄
	住所			
指定自立支援医療機関名				担当医師名
移送費概算額				
<p>上記のとおり認定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">加古川市長</p>				

第 号
年 月 日

自立支援医療（育成医療）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（育成医療）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 (育成医療) 移送費請求書

年 月 日

加古川市長 様

請求者 (受給者)	住 所	
	電話番号	() -
	氏 名	

下記のとおり、自立支援医療 (育成医療) に要した移送費として請求します。

記

請求金額 _____ 円

受診者氏名		受給者番号							
自立支援医療受給者証 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 金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合			支所・支店 ・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 (育成医療) 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 (育成医療) 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