

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年12月18日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第75号

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

障害者自立支援法施行細則（平成18年香川県規則第42号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(自立支援医療費支給認定の申請)</p> <p>第4条 法53条第1項の申請は、<u>育成医療に係るもの</u>にあつては自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第4号様式）により、<u>精神通院医療に係るもの</u>にあつては自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第4号様式の2）により、<u>それぞれ行うものとする。</u></p> <p>2 略</p> <p>(自立支援医療費支給認定の変更の申請)</p> <p>第5条 法第56条第1項の申請は、指定自立支援医療機関に係る場合は自立支援医療費支給認定変更申請書（第9号様式）により、負担上限月額及び負担上限月額に関する事項又は医療の具体的方針に係る場合は<u>前条第1項の申請書に必要な書類</u>を添付し、それぞれ行うものとする。</p> <p>第8条から第12条まで 削除</p>	<p>(自立支援医療費支給認定の申請等)</p> <p>第4条 法53条第1項の申請は、<u>自立支援医療費支給認定申請書（第4号様式）により行うものとする。</u></p> <p>2 略</p> <p>3 <u>法第54条第3項の自立支援医療受給者証は、自立支援医療受給者証（第7号様式）によるものとする。</u></p> <p>4 <u>知事は、前項の自立支援医療受給者証に併せて、負担上限月額管理票（第8号様式）を支給認定障害者等に交付するものとする。</u></p> <p>5 <u>指定自立支援医療を受けようとする支給認定障害者等は、指定自立支援医療機関に対し、自立支援医療受給者証及び負担上限月額管理票を提示し、当該指定自立支援医療を受けるものとする。</u></p> <p>(自立支援医療費支給認定の変更の申請)</p> <p>第5条 法56条第1項の申請は、指定自立支援医療機関に係る場合は自立支援医療費支給認定変更申請書（第9号様式）により、負担上限月額及び負担上限月額に関する事項に係る場合は<u>自立支援医療費支給認定申請書により、医療の具体的方針に係る場合は自立支援医療費支給認定変更申請書に自立支援医療意見書を添付し、それぞれ行うものとする。</u></p> <p>(指定自立支援医療機関の指定の申請)</p> <p>第8条 <u>法第59条第1項の申請は、指定自立支援医療機関指定申請書（第12号様式）により行うものとする。</u></p>

(指定自立支援医療機関の変更の届出)

第9条 法第64条の規定による届出は、指定自立支援医療機関変更届出書（第13号様式）により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の休止等の届出)

第10条 省令第63条の規定による届出は、指定自立支援医療機関休止（廃止・再開・処分）届出書（第14号様式）により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の指定辞退の申出)

第11条 省令第64条の規定による申出は、指定自立支援医療機関指定辞退申出書（第15号様式）により行うものとする。

(指定自立支援医療機関台帳)

第12条 知事は、指定自立支援医療機関台帳（第16号様式）を備え、必要な事項を記載するものとする。

第4号様式 (第4条、第5条関係)

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)									
受診者	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	氏名			電話番号					
保護者	フリガナ			受診者の					
	氏名			続柄					
負担額に関する事項	住所			電話番号					
	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	高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当		
身体障害者手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・指定訪問看護事業者等を含む。)	名称	所在地		電話番号					
補装具の要否 要・否									
既存の自立支援医療受給者証(再認定・変更の場合に記載)									
自立支援医療費受給者番号									
有効期限		年月日							
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 ⑩ 年月日 香川県知事 殿									

- 注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。
 2 「保護者」の欄のうち「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。
 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体記載欄

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	高額治療継続者(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	高額治療継続者(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				

第4号様式 (第4条、第5条関係)

自立支援医療費支給認定申請書(育成医療・精神通院医療)									
障害者・児	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名			電話番号					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者の					
	受診者住所			続柄					
負担額に関する事項	フリガナ			電話番号					
	保護者氏名			受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名				
	保護者住所			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	高額治療継続者(重度かつ継続)
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・指定訪問看護事業者等を含む。)									
医療機関名 所在地・電話番号									
受給者番号									
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 ⑩ 年月日 香川県知事 殿									

- 注 1 (育成医療・精神通院医療)は、育成医療又は精神通院医療のいずれかを○で囲んでください。
 2 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更(負担上限月額又は医療の具体的方針を変更したい場合)のいずれかを○で囲んでください。
 3 「保護者住所」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。
 4 「該当する所得区分」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲んでください。
 5 「高額治療継続者(重度かつ継続)」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲んでください。
 6 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記載してください。
 7 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体記載欄

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	高額治療継続者(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	高額治療継続者(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				

第4号様式の2 (第4条、第5条関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)						
受診者	フリガナ氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年月日
	住所				電話番号	
保護者	フリガナ氏名				受診者の続柄	
	住所				電話番号	
事項 負担額に関する	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	高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当			
精神障害者保健福祉手帳番号	精神障害者保健福祉手帳の有効期限		年月日			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・指定訪問看護事業者等を含む。)	名称	所在地	電話番号			
再認定・変更の場合に記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	自立支援医療費受給者番号	年月日			
	病状の変化及び治療方針の変更の有無	有 ・ 無				
	前年度の支給申請書への添付の有無	有 ・ 無				
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者 氏名 ㊤ 年 月 日 香川県知事 殿						

- 注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。
 2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。
 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体記載欄

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	高額治療継続者(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	高額治療継続者(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	
支給要件の確認方法	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規	
備考		

（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療・精神通院医療）			
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 生年月日
	氏名		男・女 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	該当・非該当	
保護者（受診者が18歳未満の場合に記載してください。）	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
指定自立支援医療機関	病院・診療所		所在地・電話番号
	薬局		所在地・電話番号
	訪問看護事業者等		所在地・電話番号
負担上限月額	円		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり認定する。			
年 月 日			
香川県知事			印

注 育成医療の受診者にあつては、裏面も記載してください。

(裏面)

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	有 ・ 無

注 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て提出してください。

第8号様式(第4条関係)

負担上限月額管理票

年 月分

受診者		自立支援医療 費受給者番号	
-----	--	------------------	--

負担上限月額 _____ 円

下記のとおり負担上限月額に達しました。

日付	指定自立支援医療機関名	確認印
月 日		

日付	指定自立支援医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

第9号様式 (第5条関係)

市町受付年月日 (精神通院医療)			
保健福祉事務所等受付年月日 (育成医療)			
自立支援医療費支給認定変更申請書 (指定自立支援医療機関)			
香川県知事 殿		年 月 日	
申請者 氏 名		㊟	
障害者自立支援法第56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。			
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
受診者	氏名	性別	男 女
	住所	電話番号	生年月日 年 月 日
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名	続柄	
	住所	電話番号	
変更内容	事項	変更前	変更後
	指定自立支援医療機関名		
変更内容	所在地・電話番号		
	変更年月日	年 月 日	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第9号様式 (第5条関係)

受付市町名			
受付年月日			
自立支援医療費支給認定変更申請書 (指定自立支援医療機関)			
香川県知事 殿		年 月 日	
申請者 住 所		㊟	
氏 名		㊟	
障害者自立支援法第56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。			
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	
障害者・児	受診者氏名	性別	男 女
	受診者住所	電話番号	生年月日 年 月 日
受診者が18歳未満の場合	受診者氏名	続柄	
	受診者住所	電話番号	
		指定自立支援医療機関名	所在地・電話番号
変更前			
変更後			
変更年月日		年 月 日	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日（精神通院医療）			
		保健福祉事務所等受付年月日（育成医療）			
自立支援医療変更届出書（育成医療・精神通院医療）					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年月日	
住	フリガナ		続柄		
	氏名				
保護者 （受診者が18歳未満の場合に記載してください。）		フリガナ		続柄	
		住所			
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療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）				
	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）				
	身体障害者手帳番号・精神障害者保健福祉手帳番号				
その他					
変更年月日		年	月	日	
備考					
障害者自立支援法施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏名 ㊟ 香川県知事 殿					

注1 （育成医療・精神通院医療）は、育成医療又は精神通院医療のいずれかを○で囲んでください。
2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第10号様式（第6条関係）

自立支援医療変更届出書（育成医療・精神通院医療）				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年月日
	住所			
保護者 （受診者が18歳未満の場合に記載してください。）	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間				
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）			
	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）			
	身体障害者手帳番号・精神障害者保健福祉手帳番号			
その他				
備考				
障害者自立支援法施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏名 ㊟ 香川県知事 殿				

注1 （育成医療・精神通院医療）は、育成医療又は精神通院医療のいずれかを○で囲んでください。
2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式（第7条関係）

市町受付年月日（精神通院医療）			
保健福祉事務所等受付年月日（育成医療）			
自立支援医療受給者証再交付申請書 年 月 日 香川県知事 殿 申請者 氏名 ㊟ 自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）ので、障害者自立支援法施行令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。			
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
受診者	氏名	性別	男女 生年月日 年 月 日
	住所	電話番号	
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名	続柄	
	住所	電話番号	
再交付を申請する理由			

注 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式（第7条関係）

受付市町名			
受付年月日			
自立支援医療受給者証再交付申請書 年 月 日 香川県知事 殿 申請者 住所 氏名 ㊟ 障害者自立支援法施行令第33条第1項の規定により、次のとおり自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。			
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		
障害者・児	受診者氏名	性別	男女 生年月日 年 月 日
	受診者住所	電話番号	
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名	続柄	
	保護者住所	電話番号	
再交付を申請する理由			

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第12号様式から第16号様式を次のように改める。
 第12号様式から第16号様式まで 削除

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第4条第1項の改正規定、第4号様式の改正規定及び第4号様式の次に1様式を加える改正規定は、平成22年4月1日から施行する。

(準備行為)

- 2 平成22年4月1日以降を始期とする障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第52条第1項に規定する支給認定（継続申請に係るものに限る。）を受けようとする者は、前項の規定にかかわらず、同日前においても、改正後の第4条第1項の規定による申請を行うことができる。

(経過措置)

- 3 改正前の障害者自立支援法施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。