

## 阿賀野市告示第96号

阿賀野市自立支援医療費育成医療支給実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和6年4月12日

阿賀野市長 田中清善

阿賀野市自立支援医療費育成医療支給実施要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市自立支援医療費育成医療支給実施要綱（平成25年阿賀野市告示第29号）の一部を次のように改正する。

第1条中「第18項」を「第24項」に改め、「育成を図るため、」の次に「法58条の規定による」を加える。

第2条中「第183号」を「第283号」に、「疾患が、当該障害又は」を「障害若しくは」に改め、「将来において同」の次に「別」を加える。

第3条第2号中「平衡機能」及び第3号中「そしゃく機能」の次に「の」を加える。

第16条を第17条とし、第6条から第15条までを1条ずつ繰り下げ、第5条第2項を第6条第1項とし、第5条第3項を第6条第2項とする。

第6条に見出しとして「(支給認定の申請)」を付し、第1項中「親権を行う者又は後見人(」を「保護者(法第4条第3項で規定する者をいう。）」に改める。

第7条第1項中「、通院」を「又は通院」に、同条中第2項中「高額治療継続者」を「重度かつ継続」に改め、「自立支援医療受給者証」の次に「(育成医療)」を加え、同項に次の一文を加える。

なお、支給認定については、「自立支援医療費の支給認定について」(平成18年障発第0303002号通知)に定めるところによるものとする。

第7条第4項を第7項とし、第3項中「、最長1年以内の日」を「とする。ただし、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療法等治療が長期に及ぶ場合については、最長1年以内」と改め、同項の次に次の3項を加える。

4 育成医療を受ける指定医療機関の指定は、同一受診者に対し原則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、例外的に複数指定できるものとする。

5 受診者が死亡した場合又は身体の状態から育成医療を受ける必要がなくなった場合は、受給者証を速やかに福祉事務所に返還しなければならない。

6 受診者が、支給認定の有効期間内に満18歳になった場合、当初の有効期間中は支給認定の取り消しを行わないが、この期間を超えて再度の支給認定を行うことはできないものとする。

別表中注意書きを削る。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第6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）※1													
受診者	フリガナ 氏名							性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	フリガナ 住所	阿賀野市						電話番号					
	個人番号												
保護者	フリガナ 氏名							受診者との関係					
	フリガナ 住所 ※2	阿賀野市						電話番号 ※2					
	個人番号												
受診者の被保険者証の取得状況	受診者の被保険者証の取得状況及び備考							保険者名					
	受診者と同一保険の加入者	氏名							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						重複かつ継続		該当・非該当				
専任療育者手続番号 (お持ちの方のみ記入)													
受診を希望する指定自立支援医療機関(療育・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 ※3													
<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>申請者氏名 年 月 日 阿賀野市福祉事務所長 様</p>													

※1 該当する医療の種類及び新規・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 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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		送達年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重複かつ継続	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	重複かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 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2号様式を次のように改める。

第2号様式（第6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		性別	男・女	年齢	歳	生年 月日 年 月 日
受診者住所						
病名		発症年月日	年 月 日			
障害の種類 (該当するものに ○をつけ、不自由 の状況を記載)	(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)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 (10)免疫機能障害 不自由の状況					
医療の 具体的方針	治療内容					
治療	治療見込 期間	治療予定期日 年 月 日から 年 月 日まで				
	医療費 概算額	入院治療期間	回	日間	} 通算	日間
	通院治療回数並びに期間	回	日間			
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間			
	入院治療費	円	} 計	円		
	通院治療費	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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 医療機関コード 所在地 〒 電話番号 担当医師名 科 印						

第3号様式を次のように改める。

第3号様式（第7条関係）

第 号  
年 月 日

様

阿賀野市福祉事務所長 印

自立支援医療（育成医療）支給決定通知書

先に申請のあった自立支援医療（育成医療）支給について、下記のとおり支給を決定しましたのでお知らせします。

医療機関を受診する際は、同封の自立支援医療受給者証及び育成医療自己負担上限額管理票を提示してください。

記

受給者番号	
受診者氏名	
自己負担上限額	月額 円
受給者証有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

※自己負担上限額管理票について

自己負担上限額管理票は、受給者証に記載された医療機関（薬局も含む）で、対象疾病の治療を受ける際に提示し、支払額等を記載してもらうとともに確認印をもらってください。月毎の支払額が自己負担上限額に達した時は、その旨を医療機関に申し出てください。

第4号様式を次のように改める。

第4号様式（第7条関係）

自立支援医療受給者証（ 育成医療 ）				
公費負担番号				
受給者番号				
受 診 者	フリガナ			性別
	氏 名			生年月日
	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			
公費負担の対象となる障害				
医療の具体的方針				
療 指 機 定 関 医	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 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				
阿賀野市福祉事務所長 印				

第5号様式を次のように改める。

第5号様式（第7条関係）

育成医療 自己負担上限額管理票

医療機関の方へ 左記受給者にかかる医療機関窓口での支払額（自立支援医療対象疾病の治療にかかるもの）の記載、押印をお願いします。

	日付	医療機関名	自己負担額 (窓口支払額)	自己負担額 累積額	取扱者 確認印
年 月 分					
年 月 分					
年 月 分					

第6号様式を次のように改める。

第6号様式（第7条関係）

第 号  
年 月 日

申請者

様

阿賀野市福祉事務所長 印

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53条第1項の規定による自立支援医療（育成医療）の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（ ）

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に新潟県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、阿賀野市長を被告として（訴訟において阿賀野市を代表する者は阿賀野市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

担当：

第7号様式を次のように改める。

第7号様式(第9条関係)

支給認定申請内容変更届出書(育成医療)

記

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	阿賀野市																		
	個人番号																			
保 護 者	フリガナ		続柄																	
	氏名																			
	フリガナ																			
	住所 (受診者本人と異なる場合に記入)	阿賀野市																		
	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																
	受診者の氏名、住所又は電話番号																			
	保護者の氏名、住所又は電話番号																			
	被保険者証の記号及び番号、保険者名又は受診者と同一の保険に加入する者の名前																			
	身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の番号																			
備 考																				
<p>上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので、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第32条第1項の規定により、届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>阿賀野市福祉事務所長 様 届出者氏名 電話番号</p>																				

第8号様式を次のように改める。

第8号様式(第10条関係)

医療受給者証(育成医療)再交付申請書

受 診 者	氏名		男・女	生年 月日	年 月 日															
	住所	阿賀野市				電話番号														
	個人番号																			
保 護 者	氏名		受診者との続柄																	
	住所 <small>(受診者本人 と異なる場合 に記入)</small>	阿賀野市				電話番号														
	個人番号																			
再交付申請の理由	1 紛失                      2 破損                      3 汚損 4 その他(                      )																			
<p>上記のとおり医療受給者証(育成医療)の再交付を受けたいので、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第33条第1項の規定により、申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>阿賀野市福祉事務所長    様</p>																				

注 再交付申請の理由が破損又は汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。

第9号様式を次のように改める。

第9号様式（第11条関係）

治療材料 育成医療 看護 承認申請書 移送			
受診者氏名 個人番号		歳	育成医療 受給者番号
担 当 医 師 の 送 意 見	治療材料名(補装具名)		
	看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
	移 区 間		
	方 法		
	送 年月日・期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
	治療材料・看護又は移送を必要と認める理由		
費用見積	治療材料	円 (見積書添付)	
	看護	1日 円 日間分 合計 円	
	移送	1日片道 円 往復 円 合計 円	
年 月 日 指定医療機関所在地 名 称 (電話番号 - - ) 担当医師氏名 科			
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 〒 住 所 氏 名 個人番号 (電話番号 - - )			
阿賀野市福祉事務所長 様			市収受日付印

- 〔注〕 1 不要の文字はまっ消すること。  
 2 治療材料の申請をするときは指定業者の見積書を添付のこと。

第10号様式を次のように改める。

第10号様式（第11条関係）

治療材料 育成医療 看護 承認書 移送			
治療材料・看護・移送承認番号			
受診者氏名		育成医療受給者番号	
治療材料名		指定業者名	
看護の承認期間	年 月 日 から 年 月 日 まで（ 日間）		
移送の 区間・方法			
概 算 額 内 訳			
総費用	社会保険等 負担分	自立支援医療の自己負担額	差引給付予定額
円	円	円	円
上記のとおり承認します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">阿賀野市福祉事務所長 印</div> <div style="text-align: center;">様</div>			

[注] 不要の文字は抹消すること。

第 11 号様式を次のように改める。

第 11 号様式 (第 11 条関係)

育成医療 治療材料 看護 費支給申請書 移送			
育 成 医 療  受 給 者 番 号		治療材料  看 護 承 認 番 号  移 送	
受 診 者 氏 名  個 人 番 号			
指 定 医 療 機 関 名			
別紙「内容証明書」及び関係書類を添えて上記費用を請求します。  年 月 日  申請者 〒 住 所 氏 名 個人番号 (自署又は記名押印) (電話番号       -       -       )			
阿賀野市福祉事務所長		様	

第12号様式を次のように改める。

第12号様式（第11条関係）

内 容 証 明 書		
申 請 者	治療材料	治療材料名
		指定業者名
		適合検査年月日 年 月 日
記 送	看護	看護の期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
		看護料日額 円
		看護師等の種別 (看護師等免許番号 )
載 用 欄	移	区 間
	送	方 法
		移 送 額 一回片道 円 回数 回
		総 額 円
	社会保険等 負担額	円
	自己負担額	円
	差引金額	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 指定育成医療機関所在地 名 称 (電話番号 - - ) 担当医師名 科 阿賀野市福祉事務所長 様		

〔注〕治療材料費を支給申請するときは、製作者の受領書を添付のこと。



第14号様式を次のように改める。

第14号様式（第16条関係）

市(町村)	阿賀野市			阿賀野市			阿賀野市					
交付番号												
受給者番号												
新規・再												
受診者	フリガナ											
	氏名		性別			性別			性別			
	生年月日		年齢			年齢			年齢			
	個人番号											
	住所	〒			〒			〒				
	被保険者証の記号及び番号				被保険者証の記号及び番号			被保険者証の記号及び番号				
	保険者名				保険者名			保険者名				
	病名											
保護者	氏名		続柄			続柄			続柄			
	個人番号											
	住所											
医療の具体的方針												
入院・通院・訪問看護の別	入院		日	入院		日	入院		日			
	通院	回	日	通院	回	日	通院	回	日			
	訪問看護	回	日	訪問看護	回	日	訪問看護	回	日			
診療予定期間	から まで			から まで			から まで					
医療券の有効期間	から まで			から まで			から まで					
指定医療機関名	病院診療所				病院診療所				病院診療所			
	所在地電話番号				所在地電話番号				所在地電話番号			
	薬局				薬局				薬局			
	所在地電話番号				所在地電話番号				所在地電話番号			
	訪問看護事業所				訪問看護事業所				訪問看護事業所			
	所在地電話番号				所在地電話番号				所在地電話番号			
階層区分												
自己負担上限額	月額 円			月額 円			月額 円					
備考	保険負担率				保険負担率				保険負担率			
	重度かつ継続				重度かつ継続				重度かつ継続			
	補装具等交付の有無				補装具等交付の有無				補装具等交付の有無			
交付年月日												
変更申請	変更認定日		変更内容		変更認定日		変更内容		変更認定日		変更内容	
変更申請	変更認定日		変更内容		変更認定日		変更内容		変更認定日		変更内容	

附 則

この告示は、令和6年4月12日から施行し、令和6年4月1日から適用する。