

各種様式について

本資料は、自立支援医療に係る各種様式として、

- ① 自立支援医療費支給認定申請書
- ② 所得の区分に関するチェックシート
- ③ 自立支援医療受給者証
- ④ 自己負担上限額管理票
- ⑤ 通知書（支給認定を行わない旨の決定をお知らせする書面）
- ⑥ 医師の意見書（育成医療）

についてお示しするものです。

記入事項・記入方法については、記入例入り様式をご参考ください。

上記以外には、⑦指定自立支援医療機関の指定に係る申請書等の様式、⑧「重度かつ継続」の証明書（育成医療・更生医療・精神通院医療）の様式を追ってお示しする予定です。精神通院医療に係る医師の意見書については、現行のものを活用してください。

※ 更生医療に係る医師の意見書については、従来から特段の様式をお示ししておりませんが、引き続き各自治体（更生相談所）で現在使用している様式をそのまま活用いただいて差し支えありません。

なお、当方としては③及び④のサイズは、従来の紙による「健康保険証」であれば受診者にとって携帯等がしやすいのではないかと思料しますが、③及び④のサイズ・色・紙質・綴じ方（縦綴じ・横綴じ・蛇腹状など）等については、各自治体の実情に応じ適宜のものを作成・利用していただいて差し支えありません。

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名						明治 大正 昭和 平成	年
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		電話番号			受診者との関係		
	受診者住所							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		電話番号 ※2			受診者との関係		
	保護者氏名							
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					
	受診者と同一保険の加入者		受診者の属する被保険者証の記号及び番号					
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当	
	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・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 ※5							
<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。</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p>								

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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。

----- 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		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			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	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（ ）		
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	7歳	生年月日	
	受診者氏名	厚労 花子						明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ		電話番号	03-△△△△-□□□□				
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
受診者の被保険者証の記号及び番号	フリガナ	コウロウ ハナオ		受診者との関係	父				
	保護者氏名	厚労 花男							
受診者の被保険者証の記号及び番号	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ		電話番号※2	03-△△△△-□□□□				
	保護者住所※2	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
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	135790		保険者名	〇〇〇〇組合				
	受診者と同一保険の加入者	厚労 花男 厚労 花美		受診者の属する被保険者証の記号及び番号	135790				
	該当する所得区分※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ <input checked="" type="radio"/> 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続※4	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当				
身体障害者手帳番号	123456789		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・訪問看護事業者を含む）	医療機関名			所在地・電話番号					
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所			東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 03-〇〇〇〇-×××× 東京都千代田区霞ヶ関□□□ 03-□□□□-×××× 東京都千代田区霞ヶ関△△△ 03-△△△△-××××					
受給者番号 ※5									
<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。</p> <p>申請者氏名 厚労 花男 印 ※6</p> <p>平成 〇〇年 △△月 ××日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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。

----- 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		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	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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他（	標準負担額減額認定証		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

申請の内容に○をつける。

障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	7歳	生年月日	〇〇年 △△月 ××日
	受診者氏名	厚労 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	7歳	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ		医療を受ける者の名前を書く。	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×	電話番号	03-△△△△-□□□□		
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×					電話番号	03-△△△△-□□□□	
保護者	フリガナ	コウロウ ハナオ		受診者が18歳未満の場合のみ記入する。	東京都千代田区霞ヶ関△-△-△	電話番号	03-△△△△-□□□□		
	保護者氏名	厚労 花男					受診者との関係	父	
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	135790		医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入する。	保険者名	〇〇〇〇組合		医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。	
	受診者と同一保険の加入者	厚労 花男 厚労 花美		医療を受ける方の同一保険に加入している方全ての氏名を記入。	受診者本人と異なる場合に記入。	〇〇〇〇組合		医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。	
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・ <input checked="" type="radio"/> 中間1・中間2・一定以上		別添チェックシートを参考に記入する。	受診者の属する被保険者証の記号及び番号	135790		該当すると思われる区分を記入する。	
身体障害者手帳番号	123456789		医療機関	精神障害者保健福祉手帳番号		987654321			
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）	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。	所在地・電話番号		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。			
受給者番号 ※5	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所		複数申請するのであれば、全て記入する。	東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇		03-〇〇〇〇-××××			
		東京都千代田区霞ヶ関□□□		東京都千代田区霞ヶ関□□□		03-□□□□-××××			
		東京都千代田区霞ヶ関△△△		東京都千代田区霞ヶ関△△△		03-△△△△-××××			
<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。</p> <p>申請者氏名 厚労 花男 印 ※6</p> <p>平成 〇〇年 △△月 ××日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p> <p>既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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		到達年月日		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	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	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（ ）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

〈 所得の区分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、受診する方が加入している医療保険において扶養・被扶養の関係にある方全員（国民健康保険の加入者については加入者全員）をいう。

○ 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：「生保」に○をしてください。
 - ・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
 - ・課税されている：4へ
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。
（※収入とは障害年金、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）
 - ・80万円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万円を超える：「低2」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、加入している医療保険の保険料を支払っている方が納めている所得税額は以下のどの金額に該当しますか。
 - ・所得税額 なし：中間1に○をしてください。
 - ・所得税額 30万円未満：中間2に○をしてください。
 - ・所得税額 30万円以上：一定以上に○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○
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の非該当に○

※ 「重度かつ継続」の対象範囲（範囲は検討中）

- ① 精神通院医療・・・統合失調症、とうごうしつちょうしょう 躁うつ病（狭義）、そううつびょう 難治性てんかん
なんちせいてんかん
- ② 育成医療・更生医療・・・腎臓機能障害、じんぞうきのうしょうがい 小腸機能障害、しょうちょうきのうしょうがい 免疫機能障害
めんえききのうしょうがい
- ③ 医療保険多数該当の方

← 一定所得以下		← 中間的な所得		← 一定所得以上	
← 「生保」	← 「低1」	← 「低2」	← 「中間1」	← 「中間2」	← 「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			負担上限額 10,000円	負担上限額 40,200円	
			重 度 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

自立支援医療受給者証（ 育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院 ）

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	明 治 大 正 昭 和 平 成 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歳未満の場合記入）	フリガナ					続柄	
	氏 名						
	フリガナ						
	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		円				
有効期間	平成 年 月 日 から		平成 年 月 日 まで				
<p>上記のとおり認定する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〇〇〇〇知事 〇〇〇〇市町村長 印</p>							

（注）育成医療及び更生医療の受診者のみ裏面も記入のこと。

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		重度かつ継続	該当 ・ 非該当
医療の具体的方針			

（注）育成医療及び更生医療の受診者のみ記入のこと。

自立支援医療受給者証 (育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院)

公費負担者番号	1	2	3	4	5	6	7	8		
自立支援医療費受給者番号	9	8	7	6	5	4	3			
受 診 者	フリガナ	コウロウ ハナコ						性別	生年月日	
	氏名	厚労 花子						男 ・ (女)	明治 大正 昭和 平成 〇〇年△△月××日	
	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
	被保険者証の記号及び番号	135790						保険者名	〇〇〇〇組合	
重度かつ継続	(該当) ・ 非該当									
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	コウロウ ハナオ						続柄		
	氏名	厚労 花男						父		
	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所	〇〇〇〇病院			所在地・電話番号		東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 03-〇〇〇〇-××××			
	薬局	□□□□薬局			所在地・電話番号		東京都千代田区霞ヶ関□□□ 03-□□□□-××××			
	訪問看護事業者	△△△△事業所			所在地・電話番号		東京都千代田区霞ヶ関△△△ 03-△△△△-××××			
自己負担上限額	月額		5,000				円			
有効期間	平成〇〇年△△月××日 から 平成〇〇年△△月××日 まで									
上記のとおり認定する。										
平成〇〇年△△月××日				〇〇〇〇知事 〇〇〇〇市町村長				印		

(注) 育成医療及び更生医療の受診者のみ裏面も記入のこと。

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	腎臓機能障害	重度かつ継続	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当
医療の具体的方針	慢性腎不全により、週3回の通院による人工透析療法を継続的に行う。		

（注）育成医療及び更生医療の受診者のみ記入のこと。

〇〇年〇〇月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 5,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	印

日付	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
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	3,000	3,000	印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇薬局	1,000	4,000	印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	1,000	5,000	印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

番
平成 年 月 日 号

通 知 書

申請者

殿

都道府県知事名

印

市町村長名

印

障害者自立支援法第58条第1項の規定による自立支援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。

- 1 障害者自立支援法第58条第1項の規定に該当しないこと。
- 2 その他の理由

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	昭和 平成 年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日		平成	年	月 日
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(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) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	入院治療期間	日間	}	通算	日間
		通院治療回数並びに期間	回			
	医療費概算額	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。						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						
印						