

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に基づく自立支援医療費の支給に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十八年三月三十一日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第七十四号

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に基づく自立支援

医療費の支給に関する規則の一部を改正する規則

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に基づく自立支援医療費の支給に関する規則（平成十八年三月奈良県規則第七十四号）の一部を次のように改正する。

第一号様式及び第二号様式を次のように改める。

第1号様式（第2条関係）

（表）

自立支援医療費 （精神通院医療） 支給認定申請書	
手帳同時申請	※
手帳の写で申請	※

精神保健福祉センター記入欄			
所得区分	支給認定	重度継続の適否	
生保・生保減免	認定 不認定	申請	有・無・非
低1・低2・中間1		判定	
中間2・一定以上		該当	非該当

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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項の規定により、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定に関する〔新規認定・継続認定〕を申請します。

受診者	フリガナ 氏名	Ⓜ (自署又は記名押印)										性別	男 女	生年月日	年 月 日						
	住所	〒 奈良県										電話番号 ()									
	個人番号																				
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）</small>	フリガナ 氏名	Ⓜ (自署又は記名押印)										受診者の続柄									
	住所	〒 奈良県										電話番号 ()									
	個人番号																				
保険の種類別 (○印)		社保（本人 家族） 国保 後期高齢 生保 その他 ()																			
健康保険証に関する事項	受診者と同一保険の他の加入者	氏名										個人番号							受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号		
																			記号	番号	
																			保険者名		
指定自立支援医療機関	主たる受診医療機関	医療機関名										所在地・電話番号									
	重複する場合は不要 主たる受診医療機関と	調剤薬局	調剤薬局名										所在地・電話番号								
		訪問看護事業者	事業所名										所在地・電話番号								
		デイケア・ナイトケア等	医療機関名										所在地・電話番号								
		検査	医療機関名										所在地・電話番号								
治療方針の変更等の有無		有 ・ 無																			
添付書類 (○印)		1 医師の診断書の添付・有（自立支援医療用・手帳用）・無（前回添付済）・手帳の写し 2 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用） 3 重度かつ継続に関する意見書（追加用） 4 医療保険者証等の写し 5 市町村民税額等を証する書類 6 既存の受給者証の写し（新規認定の場合は不要） 7 その他 ()																			

- （注） 1 この申請書に記載することができる指定自立支援医療機関は、精神通院医療の受診等を目的とするものに限り、
- 2 新規又は継続認定の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」及び「医療保険証の写し」並びに「受診者と同一保険者証で認定されている世帯の市町村民税額又は生活保護受給を証する書類」が必要です。ただし、継続申請の場合において、前回申請時に「医師の診断書」を添付しているときは、治療方針等に変更がない場合に限り「医師の診断書」の添付を省略することができます。
- 3 デイケア等は主たる受診先医療機関がデイケア等の承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機器が主たる受診医療機関にない場合に限り、
- 4 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59条第1項に規定する指定自立支援医療機関以外の医療機関における受診は、自立支援医療費の支給対象になりません。また、主たる受診医療機関が同項による指定自立支援医療機関でない場合は、全ての医療機関等における受診が自立支援医療費の支給対象になりません。
- 5 主たる受診医療機関の複数指定を希望される場合は、主たる受診医療機関の欄を分割して記入してください。この場合、複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）の添付が必要です。
- 6 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
- 7 治療方針の変更等の有無について、該当項目に○印をつけてください。なお、申請時に診断書を添付した場合は、当該欄の記載は不要です。
- 8 支給認定に係る審査において、診断書の記載内容に不備、疑義等がある場合には、精神保健福祉センターから診断書作成医師に対して直接照会を行う場合があります。この場合にあっては、診断書作成医師からの回答を受け、改めて審査を行いますので、支給認定までに日数を要する場合があります。
- 9 太線枠内及び※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄及び裏面は、市町村が記入してください。）

(裏)

※市町村記入欄

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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書	
	<input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類	
	<input type="checkbox"/> 課税画面確認 <input type="checkbox"/> 年金受給額のわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	
手帳同時申請時に記入	<input type="checkbox"/> 手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 手帳同時申請 (期間調整)	

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元 (実存) の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本 (法定代理人の場合) 2 委任状 (任意代理人の場合) 3 その他 ()

第2号様式（第2条関係）

（表）

自立支援医療費
（精神通院医療）
支給認定変更申請書

精神保健福祉センター記入欄		
所得区分	重度継続の追加申請の適否	検査の適否
生保・生保減免 低1・低2・中間1 中間2・一定以上	該当・非該当	該当・非該当

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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56条第1項の規定により、自立支援医療（精神通院医療）支給認定に関する〔指定自立支援医療機関・負担上限月額に関する事項〕の変更について申請します。

受診者	フリガナ 氏名	ⓔ						性別	男 女	生年月日	年 月 日		
	住所	〒奈良県						電話番号 ()					
	個人番号												
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）</small>	フリガナ 氏名	ⓔ						受診者との続柄					
	住所	〒奈良県						電話番号 ()					
	個人番号												
変更内容	変更前					変更後					医師の指示の有無 <small>（精神保健福祉センター記入欄）</small>		
	指定自立支援医療機関	主たる受診先											/
		名称											
		所在地											
		電話番号											
		調剤薬局											
		名称											
		所在地											
電話番号													
訪問看護													
名称													
所在地													
電話番号													
デイ・ナイトケア													
名称													
所在地													
電話番号													
検査													
名称													
所在地													
電話番号													
所得区分 <small>（保険の種類）</small>											/		
健康保険証に関する事項	受診者と同じ保険の他の加入者	氏名							受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号				
		個人番号							記号	番号			
								保険者名					
添付書類等 （○印）	1 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の原本						自立支援医療受給者証（精神通院医療）等を添付できない理由 例：紛失、継続申請中、変更届出中等						
	2 所得を証する書類 (1) 自己負担上限額の変更を伴う保険の種類の変更の場合 ア 医療保険者証の写し イ 市町村民税額又は生活保護受給中を証する書類 ウ 重度かつ継続に関する意見書(追加用) (2) 所得区分が、中間1、中間2又は一定以上に変更になる場合 重度かつ継続に関する意見書(追加用)						〔 〕						
	3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）												
◆希望始期を記入してください。ただし、遡及は市町村受理日以前1か月以内の日（記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。）						年 月 日						精神保健福祉センター記入欄 年 月 日	

- (注) 1 変更内容欄は、変更する内容の項目ごとに、変更前後についてそれぞれ記載してください。
- 2 受給者証の原本を添付してください。添付できない場合は、その理由を記載してください。
- 3 デイケア等は主たる受診医療機関がデイケア等の承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機器が主たる受診医療機関にない場合に限りです。
- 4 主たる受診医療機関の複数指定を希望される場合は、主たる受診医療機関の欄を分割して記入してください。この場合、複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）の添付が必要です。
- 5 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
- 6 太線枠内及び※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄及び裏面は、市町村が記入してください。）

(裏)

※市町村記入欄

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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書	
	<input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類	
	<input type="checkbox"/> 課税画面確認 <input type="checkbox"/> 年金受給額のわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	
手帳同時申請時に記入	<input type="checkbox"/> 手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 手帳同時申請 (期間調整)	

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元(実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本 (法定代理人の場合) 2 委任状 (任意代理人の場合) 3 その他 ()

第四号様式中「60日」を「3か月」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「由来
申す」を「ひきかえす」に、「決定」を「裁決」に改める。

第五号様式を次のように改める。

第5号様式（第3条関係）

自立支援医療費受給者証
記載事項変更届
（精神通院医療）

※市町村名
※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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56条第1項の規定により、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の記載事項〔氏名・住所・保健の種別〕の変更について届け出ます。

受診者	フリガナ 氏名	(自署又は記名押印)					性 別	男 女	生年 月日	年 月 日		
	住所	〒 奈良県					電話番号 ()					
	個人番号											
保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合に記入してください。)</small>	フリガナ 氏名	(自署又は記名押印)					受診者 との 続柄					
	住所	〒 奈良県					電話番号 ()					
	個人番号											
		変 更 前					変 更 後					
変 更 内 容	フリガナ 受診者氏名 (性別)						上記と同じ					
	受診者住所 (電話番号)						上記と同じ					
	フリガナ 保護者氏名						上記と同じ					
	保護者住所 (電話番号)						上記と同じ					
	保険の種別											
添 付 書 類 等 (○印)	1 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の原本 2 医療保険者証等の写し 3 その他 ()					自立支援医療受給者証（精神通院医療）等を添付できない理由 例：紛失、継続申請中、変更届出中 等 ()						
◆希望始期を記入してください。ただし、遡及は市町村受理日以前1か月以内の日 (記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。)							年 月 日			精神保健福祉センター記入欄 年 月 日		

- (注) 1 変更内容のうち、保険の種別の欄は、変更前後についてそれぞれ記載してください。
2 受給者証の原本を添付してください。添付できない場合は、その理由を記載してください。
3 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
4 都道府県間の住所変更をしたときは、この様式による変更届でなく、新規の申請をしてください。
5 太線枠内及び※の欄は、届出者は記載しないでください。(※の欄は、市町村が記入してください。)

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード	2 個人番号通知カード	3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元 (実存)の確認	1 個人番号カード	2 障害者手帳	3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合に あつては、代理権の確認	1 戸籍謄本 (法定代理人の場合)	2 委任状 (任意代理人の場合)	3 その他 ()

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十八年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の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に基づく自立支援医療費の支給に関する規則の規定により提出されている申請書等は、この規則による改正後の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に基づく自立支援医療費の支給に関する規則の規定により提出されたものとみなす。