

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。

平成二十七年十二月二十八日

奈良県知事 荒井正吾

#### 奈良県規則第五十号

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)

自立支援医療費  
(精神通院医療)  
支給認定申請書

所得区分	支給認定	重度継続の適否	
生保・低1・低2 中間1・中間2・ 一定以上	認定 不認定	申請有 申請無	該当 非該当

※市町村名

※受理年月日

手帳同時申請	
手帳の写しで申請	

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	印 (自署又は記名押印)		性別 男女	生年月日	年 月 日
	住所	奈良県				
	個人番号	電話番号 ( )				
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	フリガナ 氏名	印 (自署又は記名押印)		受診者の 続柄		
	住所	奈良県				
	個人番号	電話番号 ( )				
保険の種類別 (○印)		社保(本人 家族) 国保 後期高齢 生保 労災 その他( )				
指定自立支援医療機関 主たる受診医療機関と重複 する場合は不要	主たる受診医療機関	医療機関名 所在地 電話番号				
	調剤薬局	調剤薬局名 所在地 電話番号				
	訪問看護事業	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 有(自立支援医療用手帳用) 無(前回添付済み) 手帳の写し 2 重度かつ継続に関する意見書(追加用) 3 医療保険証等の写し 4 市町村民税額等を証する書類 5 既存の受給者証の写し(新規認定の場合は、不要) 6 その他( )					

- (注) 1 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、治療方針に変更がない等の場合に限り「医師の診断書」の添付を省略することができます。
- 2 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、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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 「治療方針の変更等の有無」の欄は、受診医療機関ではなく申請者本人が記載してください。なお、太線枠内及び※の欄は、記載しないでください。

第2号様式(第2条関係)

自立支援医療費  
(精神通院医療)  
支給認定変更申請書

所得区分	重度継続の適否	
生保・低1・低2 中間1・中間2・ 一定以上	申請有 申請無	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、自立支援医療費(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	印 (自署又は記名押印)		性別	男女	生年月日	年 月 日
	住所	奈良県					
	個人番号	電話番号 ( )					
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	フリガナ 氏名	印 (自署又は記名押印)		受診者の 続柄			
	住所	奈良県					
	個人番号	電話番号 ( )					
変更内容	変更前			変更後			
	主たる受診医療機関						
	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						
	デイケア ナイトケア等						
	名称 所在地 電話番号						
	検査						
名称 所在地 電話番号							
負担上限月額に関する事項 (所得区分)	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			
添付書類等 (印)	1 自立支援医療受給者証(精神通院医療) 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別の変更の場合 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)			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	◆ ただし、市町村受理日前30日以内の日 記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。			年 月 日			

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。  
 2 受給者証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、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します。  
 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 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、記載しないでください。

第五号様式を次のように改める。

第5号様式(第3条関係)

自立支援医療受給者  
証等記載事項変更届  
(精神通院医療)

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

※市町村名

※受理年月日

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施行令第32条第1項の規定により、〔氏名・住所・保険の種別〕の変更について届け出ます。

受診者	フリガナ 氏名	印 (自署又は記名押印)				性別 男女	生年月日	年 月 日			
	住所	奈良県									
	個人番号										
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	フリガナ 氏名	印 (自署又は記名押印)				受診者の 続柄					
	住所	奈良県									
	個人番号										
変更内容		変更前					変更後				
	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 (続柄)						上記と同じ				
	保護者住所 (電話番号)						上記と同じ				
	保険の種別 (生保関連)										
添付書類等(○印)	1 自立支援医療受給者証(精神通院医療) 2 医療保険証等の写し 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	◆ ただし、市町村受理日前30日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					

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。  
 2 受給者証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、変更届ではなく、新規申請をしてください。  
 5 ※の欄は、記載しないでください。

附 則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。