新潟市自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

（目的）

第1条　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（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 5 条第 24 項の規定による自立支援医療のうち，障がい児（身体に障がいを有する者に限る。）の健全な育成を図るため，当該児童が生活能力を得るために必要な医療（以下「育成医療」という。）の支給を目的とする。

（対象）

第２条

１　対象児童

育成医療の対象となる児童は，身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 4 条の規定による，別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患若しくは疾患に係る医療を行わないときは，将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって，確実な治療の効果が期待できるものとする。

２　対象疾患

（1）育成医療の対象となる障害は，次のとおり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規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号。以下「規則」という。）第６条の１７で定めるものとする。

ア　視覚障害によるもの

イ　聴覚，平衡機能の障害によるもの

ウ　音声機能，言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの

エ　肢体不自由によるもの

オ　心臓，腎臓，呼吸器，ぼうこう若しくは直腸，小腸又は肝臓の機能の障害によるもの

カ　先天性の内臓の機能の障害によるもの（オに掲げるものを除く。）

キ　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

（2）内臓の機能の障害によるものについては，手術により，将来，生活能力を維持できる状態となるものに限ることとし，いわゆる内科的治療のみのものは除く。

なお，腎臓機能障害に対する人工透析療法，腎移植術後の抗免疫療法，小腸機能障害に対する中心静脈栄養法，心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については，それらに伴う医療についても対象となるものとする。

３　育成医療の内容

自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は，次のとおりとする。

（1）診察

（2）薬剤又は治療材料の支給

（3）医学的処置，手術及びその他の治療並びに施術

（4）居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護

（5）病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

（6）移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

（指定自立支援医療機関）

第３条　育成医療の支給は，法第 54 条第 2 項に定める指定自立支援医療機関（以下「指定医療機関」という。）に委託して行うものとする。

（支給認定の申請）

第４条　支給認定の申請は，規則第 35 条の規定に定めるとおりとし，具体的な事務処理は次のとおりとする。

（1）申請は，育成医療を受ける者（以下「受診者」という。）の親権を行う者又は後見人（以下「申請者」という。）が受診者に代わって行うものとする。

（2）申請者は，次の書類を市長に提出するものとする。

ア 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（別記様式第１号）

イ 指定医療機関の担当医師が作成する自立支援医療意見書（別記様式第２号）

ウ 受診者及び受診者と同一の世帯（受診者と同じ医療保険に加入する者をもって自立支援医療における世帯とする。以下「世帯」という。）に属する者の名前が記載されている被保険者証，被扶養者証，組合員証等医療保険の加入関係を示すもの

エ 受診者の属する世帯の所得状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料，生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書，市町村民税非課税世帯については受給者（育成医療費の支給を受ける者をいう。）の収入の状況が確認できる資料等）

オ 同意書（別記様式第１０号）

カ 特定疾病療養受療証の写し（腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合に限る。）

キ その他支給認定の決定に必要な書類

（支給認定）

第５条　市長は，支給認定の申請があったときは，育成医療の対象となる障害の種類，具体的な治療方針，入通院の回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度等について審査を行い，支給するか否かを決定する。

２　市長は，当該申請について育成医療の必要が認められ，支給を決定した場合は，世帯の所得状況を確認のうえ，「重度かつ継続」（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（以下「政令」という。）第 35 条第 1 項第 1 号に規定する高額治療継続者をいう。以下同じ。）への該当の有無，別表に定める自己負担上限額の認定を行ったうえで，自立支援医療受給者証（育成医療）（別記様式第３号）（以下「受給者証」という。）及び自己負担上限額管理票（別記様式第４号）を申請者に交付し，指定医療機関に通知する。

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

３　受給者証の取扱いについては，次のとおりとする。

（1）受給者証の有効期間は原則３か月以内とし，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年以内とする。

（2）受診者が，死亡又は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市長に返還しなければならない。

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

5　受診者が，支給認定の有効期間内に満１８歳になった場合は，当初の有効期間中は支給認定の取消しを行わないが，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。

6　市長は，当該申請について，育成医療の必要が認められず，認定しないことを決定した場合は，別記様式第５号により申請者に通知する。

（再認定及び変更申請）

第６条　受給者証の有効期間が終了し，再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）は，第４条第２項に準じて申請を行うものとする。

2　市長は，再認定の要否等について前条第１項に準じて審査し，再認定が必要であると認められ，再認定を決定した場合は，申請者に新たな受給者証を交付し，指定医療機関に通知する。

3　市長は，再認定の必要が認められず，認定しないことを決定した場合は，前条第６項に準じて申請者に通知する。

4　受給者証の有効期間内に医療の具体的方針が変更となる場合，自己負担上限額が変更となる場合及び指定医療機関を変更する場合は，申請者は第４条に準じて変更認定の申請を行うものとする。この場合において，市長に提出する書類は申請書のほか，変更に係る書類のみとする。

5　市長は，変更認定について，前記２項及び３項に準じて行うものとする。

（変更届出）

第７条　受給者証の有効期間内に，受診者及び保護者について，氏名，居住地，医療保険の加入関係等が変更となった場合は，自立支援医療受給者証（育成医療）記載事項変更届（別記様式第６号）を，市長に提出するものとする。

2　市長は，変更届を受理したときは，必要に応じて受給者証を書き換えの上，申請者に交付する。

（再交付申請）

第８条　紛失，汚損等により受給者証の再交付を申請する場合は，自立支援医療受給者証（育成医療）再交付申請書（別記様式第７号）を，市長に提出するものとする。

2　市長は，当該申請が適当と認められる場合は，申請者に受給者証を再交付する。

（支給内容）

第９条　育成医療費の支給は，受給者証を指定医療機関に提示して受けた育成医療に係る費用について行うものとし，原則として現物給付とする。

2　第２条第３項に掲げる育成医療の内容のうち，治療材料等の取扱いについては次のとおりとする。

（1）治療材料費は，治療経過中に必要と認められた医療保険適用のもので，最小限度の治療材料及び治療装具のみを支給する。

（2）看護料の支給は，本人に対する療養上の世話又は診療の補助をなす場合に支給する。

（3）移送費の支給は，本人が歩行障害等により必要と認められる場合に支給し，必要とする最小限度の実費とする。介護者の移送費については，必要と認められる場合に限り支給する。

（4）治療材料，看護料及び移送費の支給申請は，各月ごとに自立支援医療（育成医療）治療材料費・看護費・移送費請求書（別記様式第８号）に，内容証明書（別記様式第９号），当該費用についての領収書及び療養費支給決定通知書等を添付し，市長に申請するものとする。

３　支給認定の有効期間中において，育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は，その併発病の治療についても支給の対象とする。

（費用負担）

第１０条　申請者は，第５条第２項により受給者証の交付を受けた場合は，その所得状況等に応じて，育成医療の対象疾患の診療を受けた各月ごとに，別表に定める額を負担する。ただし，その月における医療費の 10/100 に相当する額が別表に定める額に満たないときは，その額を負担する。

（支給額）

第１１条　自立支援医療費（育成医療）の支給額は，法第 58 条第 3 項の規定による。

（診療報酬の請求，審査及び支払い）

第１２条　育成医療に係る診療報酬の請求は，規則第 65 条の規定に定めるところにより行うものとする。

２　診療報酬の審査及び支払いは，市長と新潟県社会保険診療報酬支払基金幹事長及び新潟県国民健康保険連合会理事長との間で締結した契約に基づいて行うものとする。

３　指定医療機関は，第１０条による負担額（以下「支払命令額」という。）を受給者から徴収するものとする。

（医療保険各法との関連事項）

第１３条　医療保険各法と本給付との関係は，受診者が医療保険各法の被扶養者である場合は，医療保険各法による医療の給付が優先する。したがって，育成医療の給付は，いわゆる自己負担分を対象とする。

２　支払命令額の決定は，当該医療保険各法による給付額を控除した残額について行う。

附　則

１　この要綱は，平成１８年４月１日から施行する。

２　育成医療給付取扱要領（平成８年４月１日制定）は，廃止する。

附　則

この要綱は，平成１９年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成１９年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２０年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２１年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２２年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２２年４月１日から施行する。ただし，心臓機能障害についての改正は平成２１年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２５年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２６年１０月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成２７年４月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成２８年１月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成２８年４月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成２９年４月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成３０年４月１日から施行する。

附則

この要綱は，平成３１年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和２年３月１日から施行する。

附則

（施行期日）

１　この要綱は、令和２年７月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際，現にある改正前の様式による書類については，当分の間これを使用することができる。

附則

この要綱は，令和３年３月１９日から施行し，令和２年１２月２５日から適用する。

附則

この要綱は，令和３年４月１日から施行する。

附則

この要綱は，令和６年４月１日から施行する。

別　表

自 己 負 担 上 限 額 表

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">所 得 状 況 等 に よ る 区 分</th><th colspan="2">自 己 負 担 上 限 額（月額）</th></tr>
<tr><th></th><th>重度かつ継続</th></tr>
<tr><td>生活保護</td><td>生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯</td><td>0 円</td><td>－</td></tr>
<tr><td>低所得 1</td><td>市町村民税が非課税で，保護者の収入が80万円以下の世帯</td><td>2，500 円</td><td>－</td></tr>
<tr><td>低所得 2</td><td>市町村民税が非課税で，
上記2つの区分に該当しない世帯</td><td>5，000 円</td><td>－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">中間所得層1</td><td rowspan="2">市町村民税額（所得割）が
3万3千円未満の世帯</td><td>医療保険の
自己負担限度額</td><td rowspan="2">5，000 円</td></tr>
<tr><td>5，000円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">中間所得層2</td><td rowspan="2">市町村民税額（所得割）が
3万3千円以上
23万5千円未満の世帯</td><td>医療保険の
自己負担限度額</td><td rowspan="2">10，000 円</td></tr>
<tr><td>10，000円</td></tr>
<tr><td>一定所得以上</td><td>市町村民税額（所得割）が
23万5千円以上の世帯</td><td>全 額</td><td>20，000 円</td></tr>
</table>

注）①「重度かつ継続」とは，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35条第1項第1号に規定する「高額治療継続者」をいう。
②「中間所得層1」 及び「中間所得層2」の自己負担上限額は，令和9年3月31日までの間は，下段の額とする。（「重度かつ継続」の場合は除く。）
③「一定所得以上」の「重度かつ継続」の自己負担上限額は，令和9年3月31日までの間は表の額とし，その後については見直しを行う。

別記様式第１号

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		年齢	生　年　月　日	
	氏　名		歳	年　月　日	
	個人番号		電話番号　（　　）　－		
	住　所	〒			
保護者	フリガナ		個人番号	受診者との続柄	
	氏　名				
	住　所（受診者と異なる場合記入）	〒	電話番号（　　）　－		
負担額に関する事項	受診者の健康保険証の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	該当する所得区分　※２	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上	重度かつ継続 ※２	該当　・　非該当	
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（再認定・変更のみ記入）			身体障害者手帳番号（お持ちの方のみ記入）		

私は，上記のとおり，自立支援医療費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　　氏　　名

受診者との続柄

住　　所
（受診者と異なる場合記入）

（宛先）新潟市長

※１　新規・再認定・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）のいずれかに〇をす
※２　裏面のチェックシートを参照し，該当する箇所に〇をする。

ここから下の欄には記入しないでください

新潟市記入欄

受給者番号			自己負担上限額		円	
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	保険種別	社会保険　・　国民健康保険
市町村民税	均等割額	円	収入等の状況　※	所　得	円	
	所得割額	円		年金・手当	円	
所得確認書類		システム確認（税・国保・生保等参照）　平成　年　月　日　確認印				
		その他収入等を証明する書類（　　）				

※市町村民税非課税の場合で収入がある場合

チェックシート

＜　重度かつ継続に関する質問　＞

1．「重度かつ継続」に該当しますか。
「重度かつ継続」の対象範囲は，
① 障害の種類が，心臓機能障害・腎臓機能障害・小腸機能障害・肝臓機能障害・免疫機能障害のうち**特定の治療を受けている方**
② 過去１年以内に医療保険の高額療養費の支給を３回以上受けた世帯の方
- 該当する　：「重度かつ継続」の「該当」に〇をしてください。
- 該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に〇をしてください。

～以下は，所得区分欄で世帯の所得状況が不明の方は，記入しなくても結構です～

＜　所得の区分に関する質問　＞

※　「世帯」とは，児童（受診者）と同じ医療保険に加入している家族をいいます。
- 国民健康保険　：住民票上で同じ世帯の被保険者全員
- 社会保険　　：被保険者と被扶養者

【児童が属する「世帯」に関しての質問】

1．児童が属する「世帯」は，生活保護の認定又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けていますか。
- 受けている　：「生保」に〇をしてください。
- 受けていない：２へ

2．児童が属する「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

3．児童が属する「世帯」の方の収入がそれぞれ**８０万円以下**ですか。
（収入とは障害年金，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」に〇をしてください。
- 80 万円を超える：「低２」に〇をしてください。

4．児童が属する「世帯」のうち，加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額（所得割のみ）は，以下のどの金額に該当しますか。
- 市町村民税額（所得割）　**３万３千円未満**：「中間１」に〇をしてください。
- 市町村民税額（所得割）**２３万５千円未満**：「中間２」に〇をしてください。
- 市町村民税額（所得割）**２３万５千円以上**：「一定以上」に〇をしてください。

← 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	育成医療の経過措置 負担上限額 5，000円	負担上限額 10，000円	公費負担の対象外 （医療保険の負担割合・負担限度額）
			重　度　か　つ　継 負担上限額 5，000円	負担上限額 10，000円	続 負担上限額 20，000円

別記様式第２号

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		年齢	歳	年　月　日
受診者氏名				
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 （現在または今後予想される身体機能障害について，具体的に記載してください）			
医療の具体的方針	治療内容			
治療見込期間	治療予定期日　年　月　日から　年　月　日まで 入院治療期間　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 通算　日間			
医療費概算額	入院治療費　円 通院治療費　円 訪問看護等　円 計　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。

年　月　日

指定自立支援医療機関名

所在地・電話番号

医療機関コード

科名・担当医師名

別記様式第３号

自立支援医療受給者証（　育成医療　）

公費負担者番号		1	6	1	5	6	0	2	8
受給者番号									

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
保護者	氏　名		続柄	
	住　所			
公費負担の対象となる障がい				
医療の具体的方針				
指定医療機関	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		所在地・電話番号	
自己負担上限額		月額	重度かつ継続	
有効期間		から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日

新潟市長

別記様式第４号

自立支援医療（育成医療）　自己負担上限額管理票

フリガナ		受給者番号	
受診者氏名			
自己負担上限額	月　額　　円		

＜医療機関の方へ＞　育成医療の治療に係る自己負担額等を記入し，確認印を押してください。
自己負担上限額に到達した際は，下部に赤線を引いてください。

	日　付	医療機関名（薬局含む）	育成医療 自己負担額	負担額累計	窓口負担額 （実際の負担額）	確認印
年						
月分						
年						
月分						
年						
月分						
年						
月分						
年						
月分						
年						
月分						

	日　付	医療機関名（薬局含む）	育成医療 自己負担額	負担額累計	窓口負担額 （実際の負担額）	確認印
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						
年 月分						

別記様式第５号

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

申請者
様

新潟市長

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，障がいではないため
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か月以内に新潟市長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，新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）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３か月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。）。

別記様式第６号

自立支援医療受給者証（育成医療）記載事項変更届

受診者	フリガナ		生　年　月　日
	氏　　名		年　　月　　日
	個人番号		
	住　　所	〒　　電話番号（　　）　　－	
保護者	フリガナ		受診者との続柄
	氏　　名		
	個人番号		
	住　　所 （受診者と異なる場合記入）	〒　　電話番号（　　）　　－	
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）		
変更年月日		年　　月　　日	

私は，自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について，上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

届出者　　氏　　名

受診者との続柄

住　　所
（受診者と異なる場合記入）

（宛先）新潟市長

注）１ 被保険者証に関する事項が変更となる場合は，健康保険証の写しを添付してください。
２ 自己負担額上限額（所得区分及び「重度かつ継続」の該当の有無）及び指定自立支援医療機関の変更は，支給認定の変更を行うため，「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〕」に記載してください。

別記様式第７号

自立支援医療受給者証（育成医療）再交付申請書

受診者	フリガナ			生　年　月　日
	氏　　名			年　　月　　日
	個人番号		電話番号（　　）　　－	
	住　　所	〒		
保護者	フリガナ			受診者との続柄
	氏　　名			
	個人番号		電話番号（　　）　　－	
	住　　所 （受診者と異なる場合記入）	〒		
受給者番号				
再交付の事由		①紛　失　②汚　損　③破　損　④その他（　　）		
備　　考				

私は，上記のとおり，自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

年　　月　　日

申　請　者　　氏　　名

受診者との続柄

住　　所
（受診者と異なる場合記入）

（宛先）新潟市長

注）汚損又は破損の場合は，自立支援医療受給者証を添付してください。

別記様式第８号

自立支援医療（育成医療）治療材料 看護費請求書 移送

受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			年　月　日
	個人番号		電話番号（　　）　－	
	住所	〒		
受給者番号			自己負担上限額	円
指定自立支援医療機関				
請求額				円
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫		支店
	口座番号	普通　・　当座		
	フリガナ 口座名義人			

私は，上記のとおり，自立支援医療費を請求します。

年　月　日

請求者　氏名

個人番号

受診者との続柄

住所
（受診者と異なる場合記入）

（宛先）新潟市長

【添付書類】
① 内容証明書
② 領収書の写し
③ 療養費支給決定通知書
④ 自立支援医療受給者証（育成医療）
⑤ 自立支援医療（育成医療）自己負担額上限額管理票

ここから下の欄には記入しないでください

新潟市記入欄

費用	医療費総額	円	購入年月日	年　月　日
	医療保険等負担額	円	月額自己負担上限額	円
	自己負担額	円	月自己負担額累計	円
	差引額	円	支給決定額	円
支給決定日		年　月　日	振込み日	年　月　日

別記様式第９号

内　容　証　明　書

フ　リ　ガ　ナ			生　年　月　日
受　診　者　氏　名			年　　月　　日
受　給　者　番　号		自己負担上限額	円

治療材料	治療材料名	
	指定業者名	
	適合検査年月日	年　　月　　日
	購　入　日	年　　月　　日
看護	看護の期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで
	看護料の日額	円
	看護師等の種別	（看護師等免許番号　　）
移送	区　　間	
	方　　法	
	移　送　額	一回片道　　円　　回数　　回
治療材料，看護，移送を必要とする理由		
費用	医 療 費 総 額	円
	医療保険等負担額	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

指定自立支援医療機関名

所在地・電話番号

科名・担当医師名

（宛先）新潟市長

別記様式第１０号

同　　意　　書

年　　月　　日

自立支援医療費（育成医療）の支給のために必要があるときは，新潟市職員が住民基本台帳及び市・県民税関係公簿、生活保護受給者台帳等その他必要な情報について、調査・閲覧または資料の提供を求めることに同意します。

認定の可否を指定自立支援医療機関等に通知することに同意します。

また、転入・転出者については，各自治体に審査に必要な範囲で認定書類の照会・回答をすることに同意します。

なお、以上の内容については、本同意書に記載した者の承諾を得ています。

☆住民登録上で同一世帯の方全員のお名前を記入してください。

氏　　名	続 柄	個人番号	住　　所
	本人 （受診者）		新潟市
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上

※ この同意により，自己負担上限額を決定するために必要な方の市民税の課税状況を確認させていただきますが，年金や手当などの収入金額について分かる書類が必要になる場合もあります。