

新潟市自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に規定する自立支援医療費のうち、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（平成18年政令第10号。以下「施行令」という。）第1条の2に規定する更生医療に関する支給認定手続きについて、法、施行令、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「施行規則」という。）並びに厚生労働省が定める自立支援医療費支給認定通則実施要綱（以下「国通則要綱」という。）及び自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（以下「国実施要綱」という。）その他別に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（支給認定の申請）

第2条 施行規則第35条第1項に規定する支給認定の申請書は、自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（別記様式第1号）とする。

- 2 前項の規定は、支給認定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。）についても同様とする。

（支給認定等）

第3条 市長は、前条の申請に対し身体障がい者更生相談所による判定の結果、支給を認定したときは、自立支援医療受給者証（別記様式第2号）を申請者に交付するものとする。

また、必要に応じて自己負担上限額管理票（別記様式第4号）を交付するものとする。

- 2 市長は、前項の判定の結果、支給を認定しないこととしたときは、通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

(支給認定の変更の申請等)

第4条 施行規則第45条第1項に規定する支給認定の変更の申請書は、自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)(別記様式第1号)とする。

2 施行規則第47条第1項に規定する申請内容の変更の届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届(更生医療)(別記様式第3号)とする。

(医療受給者証の再交付の申請)

第5条 施行規則第48条第1項に規定する医療受給者証の再交付の申請は、自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書(別記様式第6号)によるものとする。

(支給認定の取消し)

第6条 施行規則第49条第1項に規定する支給認定の取消しを行ったときに通知する書面は、自立支援医療費支給認定取消通知書(別記様式第7号)によるものとする。

(報告書の提出)

第7条 国実施要綱第7条第1項に規定する医療機関から必要に応じて提出を求める治療経過・予定報告書の様式は、別記様式第8号のとおりとする。

附 則

この要綱は平成18年4月1日から施行する。

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20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成21年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成24年10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 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

(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別記様式第 1 号から別記様式第 3 号までの規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 3 年 4 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別記様式第 1 号、別記様式第 3 号、別記様式第 4 号及び別記様式第 8 号の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 7 年 12 月 2 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別記様式第 1 号、別記様式第 2 号及び別記様式第 3 号及の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1									
受診者	フリガナ					年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名							年 月 日	
	受診者住所	〒新潟市				電話番号			
						個人番号			
負担額に関する事項	保険種別	社会保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度							
	受診者の加入医療保険の記号及び番号				保険者名				
	受診者と同一保険の加入者	氏名				氏名			
		住所	□受診者と同じ			住所	□受診者と同じ		
		個人番号				個人番号			
		氏名				氏名			
		住所	□受診者と同じ			住所	□受診者と同じ		
		個人番号				個人番号			
		氏名				氏名			
		住所	□受診者と同じ			住所	□受診者と同じ		
個人番号				個人番号					
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※3	該当・非該当			
身体障害者手帳番号					◎記入方法は、裏面のチェックシートをご覧ください。				
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 ※4									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療（更生医療）費の支給を申請します。</p> <p>併せて、認定にあたり必要な場合は、私及び私と同じ医療保険に加入する世帯員の住民情報、課税・収入状況、生活保護受給状況等について、新潟市が公簿等で確認することに同意します。※5</p> <p>申請者氏名</p> <p>（宛先）</p> <p>新 潟 市 長</p> <p>年 月 日</p>									

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合は障がい者欄及び変更のある事項のみ記入。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 再認定または変更の方のみ記入。

※5 同意をいただいた場合でも必要があるときは、書類の提出をお願いすることがあります。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

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					

別記様式第2号(第3条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)									
公費負担者番号									
受給者番号									
受診者	ふりがな								
	氏名								
	生年月日								
	住所								
指定医療機関名	病院・診療所								
	薬局								
	訪問看護								

保険者情報	
加入医療保険の記号及び番号	
保険者名	
支給認定内容	
自己負担上限額	
重度かつ継続	
公費負担の対象となる障がい	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	
有効期間	
上記のとおり認定する。	
交付年月日	
印	

様式第2号-(裏)

— M E M O —

注 意 事 項
<p>1. この「自立支援医療受給者証(以下、受給者証)」は記載されている指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)で利用でき、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(更正医療)の支給が受けられます。</p> <p>2. この受給者証は、指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)を利用するときに必ず提示してください。それにより、医療費の負担割合が1割になります。また、一定の所得以下の方や「重度かつ継続」に該当する方は、月額負担額に上限が設定されます。</p> <p>3. 表面に負担上限月額の記載がある場合は、受診の際に指定医療機関で別紙「自己負担上限額管理票」に日付・医療機関名・自己負担額(当該医療機関での支払額)・月額自己負担額累積額の記載と徴収印の押印を受けてください。</p> <p>4. 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口提示してください。</p> <p>5. この受給者証は大切なものですから、紛失等のないよう保管してください。</p> <p>6. 記載内容に変更が生じた場合や、受給者証を紛失した場合には、速やかに各区役所の窓口で変更・再交付の手続きを行ってください。</p> <p>7. この受給者証の有効期間中に、新潟市から他の都道府県(県内の新潟市以外への市町村も含む)等への変更があった場合には、速やかに転入先の市区町村で手続きを行ってください。</p> <p>窓 口 [新潟市 各区役所 健康福祉課 障がい福祉係(担当)]</p>

別記様式第3号（第4条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	個 人 番 号		
	住 所	〒	
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
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名）		
	身体障害者手帳		
備 考			
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療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。			
届出者氏名			
年 月 日 （宛先） 新潟市長			

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

別記様式第4号(第3条関係)

自己負担上限額管理票

(病院管理No.) (薬局管理No.)

フリガナ		受給者番号	
受診者氏名			
月額自己負担上限額		円	

[illegible][illegible][illegible]

第 号
年 月 日

通 知 書

申請者

様

新潟市長

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

- 1 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、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、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。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書

受給者番号			
氏名		生年月日	年 月 日
個人番号			
住所	〒		
再交付申請の理由	ア. 紛失 イ. 破損		

上記のとおり受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所 新潟市

氏名

(受給者との続柄)

電話番号 — —

(宛先)新潟市長

※ 破損の場合は当該受給者証を添えて提出してください。

自立支援医療費支給認定取消通知書

年 月 日

様

新潟市長 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57条第1項の規定により、次のとおり自立支援医療費の支給認定を取消したので通知します。

受給者番号	
受給者氏名	
取消し年月日	
取消しの理由	

自立支援医療受給者証を次のとおり返還してください。

- 1 返還先
- 2 返還期限 年 月 日

教 示

- 1 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、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、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。), 処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

別記様式第8号(第7条関係)

自立支援医療(更生医療)治療経過・予定報告書

年 月 日分

自立支援医療(更生医療)の治療経過及び予定について下記の通り報告する。

指定医療機関の名称
担 当 者 氏 名

(宛先) 新潟市長

記

受給者番号		受診者氏名	
治療経過の概要 (請求額も併せ記載すること。)			
今月の治療の予定概要			
医療の具体的方針及び期間の延長を求める場合はその旨を記入すること。			
そ の 他			