

## 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施行細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二十五日

埼玉県知事 上 田 清 司

### 埼玉県規則第八十八号

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施行細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施行細則（平成十八年埼玉県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。

様式第1号

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	ふりがな													性別	明治・大正・昭和・平成				年齢
	氏名	(姓)						(名)						男・女	生年月日	年	月	日	歳
	住所	〒												電話番号					
未 満 の 場 合 が 18 歳	保護者氏名													受診者との関係	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他（ ）				
	保護者住所	〒												電話番号					
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	記号						番号											
	受診者と同一保険の加入者	氏名						個人番号											
		氏名						個人番号											
		氏名						個人番号											
精神障害者保健福祉手帳番号							手帳の有効期間満了日	年		月	日	受給者番号							
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	医療機関の名称												所在地・電話番号						
	<病院・診療所>																		
	<薬局>（院内処方の場合は、記入不要）																		
<その他/デイケア・訪問看護・検査・その他（ ）>																			
前年度の申請書への意見書（診断書）の添付※2						有・無		希望する有効期間の満了日※3		年		月	日	年		月	日		
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。												取 受 印							
年 月 日 （宛先） 埼玉県知事 申請者氏名（自署又は記名押印）																			

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額、指定自立支援医療機関及び有効期間の変更認定申請の場合）のいずれかに○をしてください。
- ※2 再認定（現在の有効期間に引き続いて申請する場合）の方のみ該当する区分に○をしてください。
- ※3 1年未満の有効期間を希望する方のみ記入してください（受給者証の有効期間を変更申請により短縮して、自立支援医療費（精神通院医療）の再認定と精神障害者保健福祉手帳の申請とを同時に行いたい場合）。
- 注意 1 申請時には意見書（自立支援医療精神通院用）を添えて（変更認定申請の場合を除く。）、お住まいの市町村の窓口へ提出してください。
- 2 本申請と精神障害者保健福祉手帳の交付申請を同時に行う場合には、手帳の交付申請書に所定の診断書を添付することにより、本申請書へ意見書（自立支援医療精神通院用）の添付を省略することができます。

ここから下の欄には記入しないで下さい。

自治体記入欄																	
受理年月日	年	月	日	整理番号				進達年月日									
前回所得区分	生保・中国・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・中国・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								
添付書類	医療保険被保険者証の写				今年度の申請書への意見書（診断書）の添付の有無				治療方針の変更				有・無				
所得確認方法	個人番号・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・自立支援医療における世帯構成員の所得証明書 その他（ ）																
コード1	受給者番号				有効期間				年				月				
コード2	手帳番号				有効期間				年				月				
変更認定申請内訳	※変更認定申請の場合、該当するものに○をつける。												医療機関変更・医療機関追加・所得区分変更・有効期間変更 新規・再認定を含め、複数該当する場合、申請ごとに申請書が必要。				
手帳同時申請の有無	有（診断書・証書）・無				備考				2か所通院有				居住地特例有（ ）				

様式第四号及び様式第五号を次のように改める。

様式第4号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）

受診者	ふりがな					性別	男・女	生	年	月	日	年齢
	氏名							年	月	日	歳	
								個	人	番		
住所	〒				電話番号							
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	氏名					受診者との関係	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他( )					
	住所	〒				個人番号						
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)											
	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)											
精神障害者保健福祉手帳番号												
備考												
<p>自立支援医療受給者証及び自立支援医療費（精神通院医療）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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">届出者（自署又は記名押印）</p>												
										收受印		

注意

- 1 変更内容の欄は、該当する事項のみ記載してください。
- 2 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）、指定自立支援医療機関及び有効期間の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（変更）（様式第1号）を提出してください。

様式第 5 号

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

受診者	ふりがな			性別 男・女	生 年 月 日	年齢
	氏 名				年 月 日	歳
					個 人 番 号	
住 所	〒		電話番号			
保 護 者 (受診者が 18 歳未満の場合)	氏 名			受診者との 関 係	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他 ( )	
	住 所	〒		個 人 番 号		
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		
再 交 付 申 請 理 由						
備 考						
<p>自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">申請者（自署又は記名押印）</p>						
						收受印

## 附 則

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 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施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。