

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十一年四月九日

広島県知事 藤 田 雄 山

#### 広島県規則第四十四号

##### 障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

障害者自立支援法施行細則（平成十八年広島県規則第四十二号）の一部を次のように改正する。

第七条第一項中「届出のうち、育成医療及び更生医療に係るものは」を「届出は」に改め、同条第二項を削る。

別記様式第四号及び別記様式第五号を次のように改める。

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

フリガナ前住所			性別	男・女	年齢	電話番号	生年月日	
							昭和	年
フリガナ前住所						受診者との関係		
保護者名			受診者と同じ <input type="checkbox"/> 受診者住所と異なる（異なる場合は、下記にご記入ください。）					
	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		保険者名					
	受診者と同一保険者の加人							
該当する所得区分	生保等・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			
身体障害者手帳番号			医療機関名			所在地・電話番号		
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。）			千					
受給者番号 ※2								

当該申請が認定された際に、認定機関において、受診する指定自立支援医療機関に自立支援受給者証の写しを送付する。  
 （同意されない場合は、認定された後に送付される自立支援受給者証をご自身で医療機関へ提出してください。）

同意する ・ 同意しない

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名 平成 年 月 日 印 ※3

保健所長 様

- ※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）のいずれか該当するものを○で囲んでください。
- ※2 再認定又は変更の場合のみ記入してください。
- ※3 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによるものとしてください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保等・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	生保等・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 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			

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費の

- ※1  
 1 新規認定 2 再認定 3 認定内容変更 4 県外(広島市を含む)からの住所変更による認定

--

障害者・児	フリガナ氏名			性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年齢	歳
	受診者住所	〒		—		電話 ( ) 年 月 日			
未満の者が18歳の場合に記入	フリガナ氏名					受診者と係の電話 ( )			
	保護者住所	〒		—		電話 ( )			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の番号及び診者と同一保険の加入者			保険者名					
	該当する所得区分	生保等・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			
※3(大線) 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。)	医療の内容	医療機関名		所在地					
	① 主たる医療	〒		電話 ( )					
	② デイケア	〒		電話 ( )					
	③ 薬局	〒		電話 ( )					
	④ 訪問看護	〒		電話 ( )					
⑤	〒		電話 ( )						
精神障害者番号 精神障害者手帳番号 保健福祉手帳有効期限 病状の変化等 (有・無)	平成	年	月	末日	自立支援医療受給者証の有効期限	平成	年	月	末日
	前回申請時における診断書兼意見書の添付 (有・無)		添付書類						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 (受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。) 申請者氏名 _____ 印 ※5									
自立支援医療受給者証の送付先(○印) 住所 〒 _____ 電話 ( ) 氏名 _____									
1 申請者 2 家族 3 医療機関 (2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。)									

- 1 医師の診断書兼意見書
- 2 自立支援医療受給者証の写し
- 3 世帯調書
- 4 被保険者証の写し
- 5 生活保護の受給が確認できるもの
- 6 支給給付の受給が確認できるもの ※6
- 7 市町村民税が確認できるもの
- 8 収入が確認できるもの
- 9 医療保険多数該当が確認できるもの
- 10 ( )

- ※1 該当する申請区分を○で囲ってください。
- ※2 保護者の住所が受診者本人と同じ場合は記入不要です。
- ※3 認定内容の変更に係る申請の場合、太線の枠内は変更する箇所のみを記入してください。
- ※4 病状の変化及び治療方針の変更の有無を選択してください。
- ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名により記入してください。
- ※6 支給給付とは、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律 (平成6年法律第30号) による支給給付のことです。

別記様式第八号から別記様式第十六号までを次のように改める。

様式第 8 号 (第 6 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事様

医療機関の開設者 住所  
氏名

㊦

障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けるため、次のとおり申請します。

- 1 医療機関の名称, 所在地及び電話番号
- 2 開設者の住所及び氏名又は名称
- 3 標ぼうしている診療科名 (担当しようとしている医療の種類に係るものに限る。)
- 4 担当しようとしている医療の種類並びに当該医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴

5 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

6 自立支援医療を行うための収容設備の定員  
人

- 注
- 1 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は, 「育成医療・更生医療」のうち, 指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
  - 2 保険医療機関の指定通知 (写) を添付すること。
  - 3 担当する医師又は歯科医師の経歴書及び医師免許の写しを添付すること。
  - 4 腎臓に関する医療, 小腸に関する医療及び心臓移植術後の免疫療法を担当しようとする場合は, それぞれ臨床実績等に関する証明書を添付すること。
  - 5 設備概要等を添付すること。

様式第9号 (第6条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事様

薬局の開設者 住所  
氏名

㊦

障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) としての指定を受けるため、次のとおり申請します。

- 1 薬局の名称、所在地及び電話番号
- 2 開設者の住所及び氏名又は名称
- 3 薬剤師の氏名及び経歴
- 4 調剤のために必要な設備及び施設の概要

- 注
- 1 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、「育成医療・更生医療」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
  - 2 保険薬局の指定通知 (写) を添付すること。
  - 3 薬剤師の経歴書及び薬剤師免許証の写しを添付すること。
  - 4 薬局の見取図を添付すること。
  - 5 設備概要等を添付すること。

様式第 10 号 (第 6 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事様

指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者

所在地

名称

印

障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) としての指定を受けるため、次のとおり申請します。

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者	名称		
	主たる事務所の所在地	(電話番号)	
	医療機関コード		
	名称		
	所在地	(電話番号)	
訪問看護ステーション等	職員の定数	職種	定数

注 1 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、「育成医療・更生医療」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

2 職員の定数は、指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス (介護保険法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護に限る。) に従事する職員の定数を、職種ごとに記載すること。

様式第 11 号 (第 6 条及び第 7 条関係)

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書 (病院又は診療所)

医療機関コード	医療機関コード	
	名称	
保険医療機関	所在地	(電話番号)
	住所	
開設者	住所	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科名		
主として担当する医師の経歴		
<p>障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として、指定を受けるため、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住所 氏名又は名称 印</p> <p style="text-align: left;">広島県知事 様</p>		

- 注 1 保険医療機関の指定通知 (写) を添付すること。
- 2 標ぼうしている診療科名が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科名のみを記入すること。
- 3 医師免許証の写しを添付すること。
- 4 主として担当する医師の経歴書を添付すること。



様式第12号 (第6条及び第7条関係)

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書 (薬局)

医療機関コード	医療機関コード	
	名称	
保険薬局	所在地	(電話番号)
	住所	
開設者	住所	
	氏名又は名称	
薬剤師の氏名		

障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として、指定を受けるため、上記のとおり申請します。

年 月 日

開設者住所氏名又は名称 印

広島県知事 様

- 注
- 1 保険薬局の指定通知 (写) を添付すること。
  - 2 薬剤師の経歴書を添付すること。
  - 3 薬剤師免許証の写しを添付すること。

様式第13号 (第6条及び第7条関係)

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書 (指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者	名	
	主たる事務所の所在地・電話番号	
	医療機関コード	
	名称	
訪問看護師等	所在地及び電話番号	
	職種の定数	
職員 の 定 数		

障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として、指定を受けるため、上記のとおり申請します。

年 月 日

指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
所在地  
名称

印

広島県知事 様

注 職員の定数は、指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス (介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。) に従事する職員の定数を、職種ごとに記載すること。

様式第 14 号 (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関変更届

平成 年 月 日

広島県知事様

医療機関の開設者 住所  
氏名

㊟

障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) として、指定を受けた事項を変更しましたので、同法第 64 条の規定により次のとおり届け出ます。

医療機関	区分		新	旧
	医療機関コード	名称		
医療機関	名称	所在地		
	所在地	電話番号		
	電話番号	住所		
開設者	氏名又は名称			
標ぼうしている診療科名				
主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は歯科医師の経歴				
自立支援医療を行うための必要な設備及び体制の概要				
自立支援医療を行うための収容設備の定員				
変更理由				
変更年月日				

- 注 1 育成医療・更生医療・精神通院医療のうち不用の文字は二重線で消すこと。
- 2 変更のある項目について新旧欄に記載すること。
- 3 医師又は歯科医師変更の場合は、経歴書及び医師免許証の写しを添付すること。
- 4 腎臓に関する医療、小腸に関する医療及び心臓移植術後の免疫療法を担当しようとする場合は、それぞれ臨床実績等に関する証明書を添付すること。
- 5 必要な設備及び体制を変更する場合は、設備概要等を添付すること。

様式第 15 号 (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関変更届

平成 年 月 日

広島県知事様

薬局の開設者 住所  
氏名 ㊟

障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) として、指定を受けた事項を変更しましたので、同法第 64 条の規定により次のとおり届け出ます。

区分		新	旧
薬局	医療機関コード		
	名称所在地電話番号		
開設者	住所 氏名又は名称		
薬剤師の氏名			
薬剤師の経歴			
調剤のため必要な設備及び施設概要			
変更理由			
変更年月日			

- 注 1 育成医療・更生医療・精神通院医療のうち不用の文字は二重線で消すこと。  
 2 変更のある項目について新旧欄に記載すること。  
 3 薬剤師変更の場合は、経歴書及び薬剤師免許証の写しを添付すること。  
 4 必要な設備及び体制を変更する場合は、設備概要等を添付すること。

様式第 16 号 (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関変更届

平成 年 月 日

広島県知事様

指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者

所在地  
名称

(印)

障害者自立支援法第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) として、指定を受けた事項を変更しましたので、同法第 64 条の規定により次のとおり届け出ます。

区分	新		旧	
	名称	主たる事務所の所在地	電話番号	医療機関コード
指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者				
訪問看護ステーション等	名称	所在地	電話番号	職 種 数
				職 種 数
				職 種 数
				職 種 数

- 注 1 育成医療・更生医療・精神通院医療のうち不用的な文字は二重線で消すこと。
- 2 変更のある項目について新旧欄に記載すること。
- 3 職員の定数は、指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス (介護保険法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護に限る。) に従事する職員の定数を、職種ごとに記載すること。

## 附 則

### (施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

### (経過措置)

2 この規則の施行の際に現にこの規則による改正前の障害者自立支援法施行細則による様式でしている申請又は届出は、この規則による改正後の障害者自立支援法施行細則の様式による申請又は届出とみなす。