

青森県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 新旧対照表

改正後	改正前
<p>(自立支援医療費の支給認定の申請等) 第二条 法第五十三条第一項の規定による支給認定の申請及び法第五十六条第一項の規定による支給認定の変更の申請は、<u>知事が別に定める申請書</u>によらなければならない。</p> <p>(自立支援医療受給者証の記載事項等の変更の届出) 第三条 政令第三十二条第一項の規定による変更の届出は、<u>知事が別に定める届出書</u>によらなければならない。</p> <p>(自立支援医療受給者証の再交付の申請) 第四条 政令第三十三条第一項の規定による再交付の申請は、<u>知事が別に定める申請書</u>によらなければならない。</p> <p>(指定自立支援医療機関指定申請書等) 第五条 省令第五十七条に規定する申請書は、指定自立支援医療機関指定申請書 (<u>第一号様式</u>) による。 2 法第六十四条の規定による変更の届出は、指定自立支援医療機関変更届出書 (<u>第二号様式</u>) によらなければならない。 3 政令第四十条の規定による指定の辞退の届出は、指定自立支援医療機関指定辞退届出書 (<u>第三号様式</u>) によらなければならない。</p> <p>(障害福祉サービス事業等開始届出書等) 第六条 法第七十九条第二項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等開始届出書 (<u>第四号様式</u>) によらなければならない。 2 法第七十九条第三項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等変更届出書 (<u>第五号様式</u>) によらなければならない。 3 法第七十九条第四項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書 (<u>第六号様式</u>) によらなければならない。</p> <p>(施設設置届出書等) 第七条 法第八十三条第三項の規定による届出は、障害者支援施設設置届出書 (<u>第七号様式</u>) によらなければならない。 2 政令<u>第四十三条の九第一項</u>の規定による届出は障害者支援施設休止（廃止）届出書 (<u>第八号様式</u>) により、同条第二項の規定による報告は障害者支援施設変更報告書 (<u>第九号様式</u>) によらなければならない。 附則 略</p>	<p>(自立支援医療費の支給認定の申請等) 第二条 法第五十三条第一項の規定による支給認定の申請及び法第五十六条第一項の規定による支給認定の変更の申請は、<u>自立支援医療費支給認定（変更）申請書（第一号様式）</u>によらなければならない。</p> <p>(自立支援医療受給者証の記載事項等の変更の届出) 第三条 政令第三十二条第一項の規定による変更の届出は、<u>自立支援医療受給者証記載事項等変更届出書（第二号様式）</u>によらなければならない。</p> <p>(自立支援医療受給者証の再交付の申請) 第四条 政令第三十三条第一項の規定による再交付の申請は、<u>自立支援医療受給者証再交付申請書（第三号様式）</u>によらなければならない。</p> <p>(指定自立支援医療機関指定申請書等) 第五条 省令第五十七条に規定する申請書は、指定自立支援医療機関指定申請書 (<u>第四号様式</u>) による。 2 法第六十四条の規定による変更の届出は、指定自立支援医療機関変更届出書 (<u>第五号様式</u>) によらなければならない。 3 政令第四十条の規定による指定の辞退の届出は、指定自立支援医療機関指定辞退届出書 (<u>第六号様式</u>) によらなければならない。</p> <p>(障害福祉サービス事業等開始届出書等) 第六条 法第七十九条第二項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等開始届出書 (<u>第七号様式</u>) によらなければならない。 2 法第七十九条第三項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等変更届出書 (<u>第八号様式</u>) によらなければならない。 3 法第七十九条第四項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書 (<u>第九号様式</u>) によらなければならない。</p> <p>(施設設置届出書等) 第七条 法第八十三条第三項の規定による届出は、障害者支援施設設置届出書 (<u>第十号様式</u>) によらなければならない。 2 政令<u>第四十三条の七第一項</u>の規定による届出は障害者支援施設休止（廃止）届出書 (<u>第十一号様式</u>) により、同条第二項の規定による報告は障害者支援施設変更報告書 (<u>第十二号様式</u>) によらなければならない。 附則 略</p>

改正後

(削る)

改正前

第1号様式(第2条関係)

自立支援医療費支給認定(変更)申請書									
受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						年 月 日		
	フリガナ						電話番号		
受診者住所									
個人番号									
保 護 者	フリガナ						受診者との続柄		
	保護者氏名								
	フリガナ						電話番号		
保護者住所									
個人番号									
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の被保険者証等の記号及び番号						保険者等の名称		
	受診者と同一保険の加入者	氏名							
			個人番号						
所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低1 <input type="checkbox"/> 低2 <input type="checkbox"/> 中間1 <input type="checkbox"/> 中間2 <input type="checkbox"/> 一定以上					重度かつ継続	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
精神障害者保健福祉手帳の番号						申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 <input type="checkbox"/> 変更		
受診を希望する指定自立支援医療機関の名称、所在地及び電話番号									
自立支援医療受給者証の番号									
病状の変化及び治療方針の変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				直近の申請における診断書の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
精神通院医療に係る自立支援医療費の支給認定を受けたい(変更したい)ので、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(第56条第1項)の規定により、上記のとおり申請します。									
申請者氏名 _____ 年 月 日									
保健所長 殿									
申請受付年月日					進達年月日			認定年月日	
前回所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低1 <input type="checkbox"/> 低2 <input type="checkbox"/> 中間1 <input type="checkbox"/> 中間2 <input type="checkbox"/> 一定以上					重度かつ継続	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
今回所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低1 <input type="checkbox"/> 低2 <input type="checkbox"/> 中間1 <input type="checkbox"/> 中間2 <input type="checkbox"/> 一定以上					重度かつ継続	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類()								
前回の自立支援医療受給者証の番号					今回の自立支援医療受給者証の番号				
備考									

- 注 1 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満の場合に記入すること。
 2 「受診者と同一保険の加入者」の欄の「個人番号」は、認定の申請の場合に記入すること。
 3 該当する□には、レ印を記入すること。
 4 「精神障害者保健福祉手帳の番号」の欄は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている場合に記入すること。

- 5 「自立支援医療受給者証の番号」の欄は、再認定又は変更の申請の場合に記入すること。
- 6 「病状の変化及び治療方針の変更」及び「直近の申請における診断書の添付」の欄は、継続申請をする場合に記入すること。
- 7 太枠内には、記入しないこと。
- 8 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

記 載 要 領

1 「所得区分」の欄には、次により、該当する□にレ印を記入してください。

イ 受診者の属する世帯が生活保護世帯(支援給付世帯を含む。)である場合…生保

※ 世帯とは、受診者の加入している医療保険が、国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は当該国民健康保険又は後期高齢者医療に加入している者全員(受診者が18歳未満であり、その加入している医療保険が国民健康保険である場合において、その保護者が後期高齢者医療に加入しているときは、当該国民健康保険に加入している者全員及び当該保護者)を、国民健康保険及び後期高齢者医療以外のものである場合は受診者及び当該医療保険において受診者と扶養又は被扶養の関係にある者全員をいいます。

ロ 「生保」に該当する場合を除いては、受診者の属する世帯が市町村民税非課税世帯であり、かつ、前年(自立支援医療を開始しようとする日が1月から6月までの間にあるときは、前々年)の受診者(受診者が18歳未満であるときは、その保護者)の公的年金等を含む収入金額が、

- ・80万円以下である場合…低1
- ・80万円を超える場合……低2

※ 市町村民税非課税世帯とは、本年度(自立支援医療を開始しようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度)の市町村民税が課税されていないか、又は免除になっている世帯をいいます。

ハ 「生保」、「低1」又は「低2」に該当する場合を除いては、受診者の属する世帯の本年度(自立支援医療を開始しようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度)の市町村民税の所得割の額が、

- ・3万3千円未満である場合……………「中間1」
- ・3万3千円以上23万5千円未満である場合…「中間2」
- ・23万5千円以上である場合 ……………「一定以上」

2 「重度かつ継続」の欄には、次のいずれかに該当する場合は「□該当」の□にレ印を、いずれにも該当しない場合は「□非該当」の□にレ印を記入してください。

イ 受診者の属する世帯について、自立支援医療を開始しようとする月以前の12月以内に医療保険の高額療養費が支給されている月数が3月以上ある場合

ロ 受診者が統合失調症、そう鬱病(そう病及び鬱病を含む。)又はてんかんにかかっている者である場合

ハ 受診者が認知症等の脳機能障害又は依存症等の薬物関連障害を有する者である場合

ニ 受診者が3年以上の精神医療の経験を有する医師により計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要すると判断された者である場合

改正後

改正前

(削る)

第2号様式(第3条関係)

自立支援医療受給者証記載事項等変更届出書

受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						年	月	日
保 護 者	フリガナ						電話番号		
	受診者住所 個人番号								
保 護 者	フリガナ						受診者との続柄		
	保護者氏名						電話番号		
保 護 者	フリガナ						電話番号		
	保護者住所 個人番号								
自立支援医療受給者証の番号					自立支援医療受給者証の有効期間		年	月	日から
変更事項		変更前							
変更内容		変更後							
備考									

精神通院医療に係る自立支援医療受給者証の記載事項等を変更したので、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、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年 月 日

保健所長 殿

- 注 1 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満の場合に記入すること。
 2 自立支援医療受給者証を添付すること。
 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

改正後

(削る)

改正前

第3号様式(第4条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書							
受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名					年	月
	フリガナ					電話番号	
保 護 者	フリガナ					受診者との続柄	
	保護者氏名						
	フリガナ					電話番号	
	保護者住所						
	個人番号						
	個人番号						
申請の理由							
<p>自立支援医療受給者証を 破った 汚した 失った ので、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33条第1項の規定により、上記のとおり再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保健所長 殿</p>							

- 注 1 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満の場合に記入すること。
 2 自立支援医療受給者証を破り、又は汚したため、その再交付を申請するときは、当該破り、又は汚した自立支援医療受給者証を添付すること。
 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

