

大阪市自立支援医療費（育成医療）支給認定事務取扱要領

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58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）（以下単に「育成医療」という。）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、この事務取扱要領により行う。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療の提供を受ける障がい児を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 申請者並びに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「令」という。）第29条第1項に規定する支給認定基準世帯員で構成する世帯（自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「世帯」という。

第2 自立支援医療（育成医療）の対象

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がいをもつ児童又は現存する障がい若しくは疾患がこれを放置するときは、将来において同別表に掲げる障がいと同程度の障がいを残すと認められる児童であつて、確実なる治療効果が期待しうるものとする。

- 1 育成医療の対象となる疾患を障がい区分により示せば、次のとおりである。
 - （1）視覚障がいによるもの
 - （2）聴覚、平衡機能の障がいによるもの
 - （3）音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障がいによるもの
 - （4）肢体不自由によるもの
 - （5）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がいによるもの
 - （6）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がいを除く先天性の内臓の機能の障がいによるもの
 - （7）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいによるもの

- 2 内臓の機能の障がい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の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、腎臓機能障がいに対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障がいに対する中心静脈栄養法、心臓機能障がいに対する心臓移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障がい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する。

- 3 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治療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。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によるものとする。

1 申請に当たっては、次の資料を提出させること

- (1) 申請書（様式第1号）
- (2) 指定自立支援医療機関の担当医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。）（様式第2号）
- (3) 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市民税を証する書類、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書など）

なお、受診者及び受診者と同じ「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係については、情報提供ネットワークシステム、マイナポータル画面、資格確認書等（以下「情報提供ネットワークシステム等」という。）により確認を行うほか、医療保険の資格情報が確認できる資料の提出により確認すること。

2 上記のほか、次のいずれかの場合は、同意書（様式第3号）を提出させること

- (1) 情報提供ネットワークシステム等により関係機関へ照会を行う場合
- (2) 本市の国民健康保険加入者の加入状況等を閲覧する場合
- (3) 前項第3号の確認のため、市民税の課税状況等を閲覧する場合

ただし、所得状況等が確認できない場合は、申請者より市町村民税の課税状況が確認できる資料、または市町村民税非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料を提出させるものとする。

3 次に該当する場合は、次の資料を添付させること

- (1) 受診者が腎臓機能障がいに対する人工透析療法を受ける場合は、特定疾病療養受療証の写し、または特定疾病区分が記載された資格確認書の写し、もしくは特定疾病療養受療の認定者であることが確認できるマイナポータル画面を印刷したもの。
- (2) 受診者が令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）のうち医療保険の多数該当の場合（ただし、生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯を除く）は、高額療養費の支給を証明する資料。

4 申請については、育成医療を必要とすることが予め決定している場合は、原則として育成医療を受ける以前に行うこととする。

5 申請は、申請者の居住地（居住地を有しないか、または明らかでないときは現在地）の保健福祉センターを経由するものとする。

6 保健福祉センターが申請を受理した場合は、申請書類等を確認のうえ給付の必要がある者について福祉五法システム（以下「システム」という。）により入力を行い、これを送付票（様式第15号）を添付して市長（大阪市保健所管理課）（以下「市長」という。）に進達するものとする（様式第14号による）。

市長は、保健福祉センターから申請書類等進達後、「世帯」の所得状況等を確認し、システムから出力される申請結果調書を申請書類に添付するものとする。

なお、システムにより市民税課税状況等を確認したときには、その対象者一覧をシステムより出力の上、決裁し、保健所管理課にて保存するものとする。

- 7 何らかの事由により申請を取下げの場合は、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請取下書（様式第 17 号）をもって届出させるものとする。

第 4 支給認定

- 1 市長が所定の手続による申請を受理した場合は、受診者について育成医療の要否等に関し、育成医療の対象となる障がいの種類、具体的な治療方針、入院又は通院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がいの程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うものとする。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額は、健康保険診療報酬点数表を用いて、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について算定するものとする。

- 2 市長は、当該申請について、育成医療を必要とすると認めた場合は、「世帯」の所得状況等を確認の上、重度かつ継続への該当の有無の判断及び第 5 に定める負担上限月額（令第 35 条第 1 項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）の認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）（様式第 4 号）を申請者に交付するものとする。また、自立支援医療において負担上限月額が設定された者については、同時に自己負担上限額管理票（以下「管理票」という。）（様式第 5 号）を交付するものとする。

なお、認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨、通知書（様式第 6 号）を申請者に交付するものとする。

第 5 所得区分

自立支援医療費の支給認定については、法第 58 条第 3 項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設けて設定することとし、所得区分ごとに負担上限月額を設けることとする。

- 1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおりとする。

- | | | |
|--------------------------|--------|--------------|
| ① 生活保護 | 負担上限月額 | 0 円 |
| ② 低所得 1 | 負担上限月額 | 2, 5 0 0 円 |
| ③ 低所得 2 | 負担上限月額 | 5, 0 0 0 円 |
| ④ 中間所得層 1 | 負担上限月額 | 5, 0 0 0 円 |
| ④' 中間所得層 2 | 負担上限月額 | 1 0, 0 0 0 円 |
| (⑤ 一定所得以上：自立支援医療費の支給対象外) | | |

- 2 1 の所得区分のうち中間所得層及び一定所得以上については、受診者が重度かつ継続に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- | | | |
|----------------------|--------|--------------|
| ④'' 中間所得層 1（重度かつ継続） | 負担上限月額 | 5, 0 0 0 円 |
| ④''' 中間所得層 2（重度かつ継続） | 負担上限月額 | 1 0, 0 0 0 円 |
| ⑤' 一定所得以上（重度かつ継続） | 負担上限月額 | 2 0, 0 0 0 円 |

3 それぞれの所得区分の対象となるのは、次のとおりとする。

(1) 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）若しく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（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合又は生活保護法による要保護世帯若しく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要支援世帯であって、②低所得1の負担上限額を適用としたならば保護又は支援を必要とする状態となる世帯である場合であるものとする。

(2) 1の所得区分のうち②低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税非課税世帯（注1）であって、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が80万9千円以下である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるものとする。

- ・ 地方税法上の合計所得金額（注2）

- （合計所得金額がマイナスとなる者については、0とみなして計算する）

- ・ 所得税法上の公的年金等の収入金額（注3）

- ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4）

（注1）「市町村民税非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

（注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額（当該合計所得金額に所得税法（昭和40年法律第33号）第28条第1項に規定する給与所得が含まれている場合においては、当該給与所得については、同条第2項の規定により計算した金額（租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第41条の3の3第2項の規定の適用がある場合においては、当該金額に同項の規定により控除される金額を加えて得た額）から10万円を控除して得た額（当該額が零を下回る場合には、零とする。）によるものとし、所得税法第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から同項第1号に掲げる金額を控除して得た額とする。）をいう。

（注3）「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

（注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、施行規則第54条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

(3) 1の所得区分のうち③低所得2の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税非課税世帯（均等割及び所得割双方が非課税）である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得1の対象ではない場合であるものとする。

(4) 1の所得区分のうち④中間所得層1の対象は、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

(注)「所得割」の額を算定する場合には、次によること。

- ・ 地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。（以下「扶養親族」という。））及び同法314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。（以下「特定扶養親族」という。））があるときは、同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。）に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。
 - ・ 地方税法第318条に規定する賦課期日において指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。）の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者を指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして、所得割の額を算定するものとする。
- (5) 1の所得区分のうち④' 中間所得層2の対象は、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1、③低所得2及び④中間所得層1の対象ではない場合であるものとする。
- (6) 1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象は、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円以上の場合であるものとする。
- (7) 2の所得区分のうち④" 中間所得層1の対象は、④中間所得層1の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。
- (8) 2の所得区分のうち④"' 中間所得層2の対象は、④' 中間所得層2の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。
- (9) 2の所得区分のうち⑤' 一定所得以上の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。

4 「世帯」については、医療保険の加入単位、すなわち受診者と同じ医療保険に加入する世帯員をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱い、家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱うこととする。

5 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等の資料に基づき認定するものとする。

第6 受給者証及び管理票の取扱い

- 1 受給者証の交付を受けた受給者は、受給者証を指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）に提示し、指定自立支援医療を受けるものとする。また、管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療を受ける際に受給者証とともに管理票を指定自立支援医療機関に提示し、負担上限月額を管理するものとする。
- 2 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載し、また、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

- 3 受診者が死亡した場合又は身体の状態から育成医療を受ける必要がなくなった場合は、当該者に交付していた受給者証を速やかに保健福祉センターを経由して市長に返還するものとする。ただし、管理票については返還の必要はないものとする。
- 4 受給者証を紛失または汚損したときは、申請により再交付するものとする。また、管理票の記入欄に余白がなくなったときは、申し出により再交付するものとする。

第7 支給認定の変更

- 1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、受給者証の写しを添えて保健福祉センターを経由して市長あて提出させるものとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、負担上限月額（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当の変更によるもの）及び指定自立支援医療機関の変更以外の変更については、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（以下「変更届」という。）（様式第7号）をもって届出させるものとする。

- 2 保健福祉センターが変更の申請又は変更届を受理した場合は、申請書類等を確認し、システムにより入力を行い、これを送付票（様式第15号）を添付して市長に進達するものとする（様式第14号による）。ただし、変更届の場合、他の書類を添付する必要はないものとする。

市長は、保健福祉センターから申請書類等進達後、「世帯」の所得状況等を確認し、システムから出力される申請結果調書を申請書類に添付するものとする。

なお、システムにより所得等を確認したときには、その対象者一覧をシステムより出力の上、決裁し、保健所管理課にて保存するものとする。

- 3 市長は、申請を受け、負担上限月額の変更の必要がある判断した場合は、変更の認定を行った日の属する月の翌月の初日から新たな負担上限月額に変更するものとし、新たな負担上限月額を記載した受給者証、また、必要に応じ管理票を交付するものとする。

なお、負担上限月額の変更の必要がない判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を交付するものとする。

- 4 市長は、申請を受け、指定自立支援医療機関の変更の必要がある判断した場合は、変更の認定を行った日以降より新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付するものとする。

なお、指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を交付するものとする。

第8 育成医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了した際の再度の支給認定を申請する場合（以下「再認定」という。）、申請者は、第3の1及び2の資料のほか、第3の3のいずれかに該当する場合はその資料を添付の上、保健福祉センターを経由して市長あて提出させるものとする。

- 2 保健福祉センターが申請を受理した場合は、申請書類を確認し、システムにより入力を行い、これを送付票（様式第 15 号）を添付して市長に進達するものとする（様式第 14 号による）。

市長は、保健福祉センターから申請書類等進達後、「世帯」の所得状況等を確認し、システムから出力される申請結果調書を申請書類に添付するものとする。

なお、システムにより所得等を確認したときには、その対象者一覧をシステムより出力の上、決裁し、保健所管理課にて保存するものとする。

- 3 市長は再認定の可否等について、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付し、また必要に応じ管理票を交付するものとする。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨の通知書を交付するものとする。
- 4 有効期間内における医療の提供に関する具体的方針の変更については、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、保健福祉センターを経由して市長あて受給者に申請させるものとする。市長は育成医療の変更の可否等について変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付し、また、変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨の通知書を交付するものとする。

第9 自立支援医療費の支給の内容

- 1 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援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、大阪市が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
- 2 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち移送の取扱いについては、次によるものとする。
 - （1）移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とするものとし、家族が行った移送等の経費については認めないものとする。事前に市長に申請を行い、本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給するものとする。
 - （2）移送費の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、受給者から市長に保健福祉センターを経由して申請させるものとする。
- 3 自立支援医療費の支給対象となる育成医療の内容のうち、補装具（治療用装具）等の取扱いについては、次によるものとする。
 - （1）補装具は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用である最小限度の治療装具のみ支給するものとする。
 - （2）育成医療用補装具にかかる費用の請求については、育成医療用補装具費請求書（様式第8号）に次の書類を添えて、保健福祉センターを経由して市長に請求するものとする。
 - ①装着証明書（様式第9号※）
 - ②装具の領収書（明細を含む）の写し
 - ③医療保険における給付決定通知書（療養費支給決定通知書）
 - ④自立支援医療受給者証
 - ⑤自己負担額上限管理票

※装着証明書については、様式第9号に記載の内容が網羅されていれば医療機関所定

の様式に代えることができるものとする。

- (3) 請求を受理した保健福祉センターは、請求書類を確認し、添付書類③、④、⑤については写しを取り原本照合行っただうえで、市長に進達するものとする。

- 4 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自立支援医療費の支給の対象として差支えないものとする。

第10 育成医療に係る診療報酬の審査、決定及び支払

1 診療報酬の請求、審査及び支払については、「自立支援医療（育成医療・厚生医療）の支給に係る診療（調剤）報酬の診査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（社援発0322第4号平成24年3月22日厚生労働省社会・援護局長通知）及び「自立支援医療（育成医療・更生医療）の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（社援更発第25号平成5年2月15日厚生労働省社会・援護局長通知）に定めるところによる。

- 2 診療報酬の額の決定は、市長が行うものとする。

第11 医療保険各法との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されているとおりであるので、結果的に、自立支援医療費の支給は、いわゆる医療保険の自己負担部分を対象とするものである。

第12 境界層対象者に対する負担軽減措置

- 1 自立支援医療費の受給者について、市町村民税額等から設定される負担上限月額に基づき自己負担額を支払うことによって生活保護が必要となることが想定される者であって、かつ、より低い負担上限月額が適用されれば生活保護を必要としなくなることが想定される者（以下「境界層対象者」という。）については、より低い負担上限月額を適用し、生活保護に移行することを防止する（以下当該防止策を「生保減免」という。）こととする。
- 2 負担軽減措置の具体的な内容としては、以下の費用負担について、生活保護を必要としない状態となるまで順に適用していくこととなる。
- (1) 居宅又は施設サービス利用者が保護を必要としなくなるまで、月額負担上限額を「24,600円」又は「15,000円」もしくは「0円」まで減額される（個別減免を受けている者については、個別減免を適用した後の上限額とする）。
- (2) 20歳以上の施設サービス利用者の場合で、なお生活保護を必要とする場合には、補足給付（特定入所者食費等給付費）を増額して保護を必要としなくなるまで、食費等の実費負担額が1ヶ月につき「22,000円を下限」として減額される（さらに、社会福祉法人減免を実施している施設に入所している場合、食費等の実費負担額を0円まで減額される）。20歳未満施設サービス利用者の場合で、なお生活保護を必要とする場合は補足給付（特定入所者食費等給付費）を増額して保護を必要としなくなるまで、食費等の実費負担額が18～19歳の場合は「10,000円を下限」として、18歳未満の場合は「1,000円を下限」として減額される。
- (3) 自立支援医療利用者が保護を必要としなくなるまで、負担上限月額が「5,000円」又は「2,500円」もしくは「0円」まで減額される。自立支援医療利用者の実費負担額を「0円」

としても生活保護対象者となる場合で、食費の実費負担額を「0円」としたならば、保護を必要としない状態となる者について、食費の実費負担額が免除される。

- 3 生保減免の事務は保健福祉センター保健福祉業務主管担当と生活保護業務主管担当等が連携して行うものとし、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の相談受付から始まる場合、生活保護の相談受付から始まる場合、生活保護廃止に伴って生じる場合のそれぞれの取扱いを次のとおりとする。

- (1) 各区保健福祉センター保健福祉業務主管担当が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関する相談の受付を行い、生活保護業務主管担当へ連絡票を送付して境界層対象者に対する負担軽減措置を受ける場合

① 相談の受付（各区保健福祉センター保健福祉業務主管担当）

- (ア) 受給者から生活困窮により、自立支援医療の費用負担が困難である旨の相談を受ける。
- (イ) 受給者から収入状況等を聴取し、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の減免制度や他法・他施策の活用の可能性を検討する。
- (ウ) 他法・他制度等は適用できないが、境界層対象者に対する負担軽減措置の適用が可能であると考えられる場合
- ・境界層対象者に対する負担軽減措置の内容とその適用を受けるためには生活保護業務主管担当において生活保護申請書の提出による審査・判定が必要であることを受給者へ説明する。
 - ・受給者が適用を希望するかどうかを確認する。
 - ・受給者が境界層対象者に対する負担軽減措置の手続きを希望する場合には、端末により現在の費用負担の状況を確認し、「障害者総合支援法連絡票」（様式第10号）に記入し交付するとともに、「収入等申告書」（様式第11号）を添えて生活保護業務主管担当に提出するよう説明する。

② 境界層対象証明書の交付（生活保護業務主管担当）

- (ア) 受給者は生活保護業務主管担当に保健福祉業務主管担当で説明を受けた必要書類を提出する。
- (イ) 生活保護業務主管担当は生活保護基準に基づく審査・判定を行う。
- (ウ) 生活保護申請却下に際し境界層対象者に対する軽減措置の対象となる場合は、受給者に「境界層対象者証明書」（様式第12号）を交付するとともに、保健福祉業務主管担当に提出するように説明する。

③ 境界層対象者に対する負担軽減措置の受付（保健福祉業務主管担当）

- (ア) 生活保護業務主管担当で「境界層対象者証明書」の交付を受けた受給者は、「境界層対象者申請書」（様式第13号）にこれを添えて保健福祉業務主管担当窓口へ提出する。
- (イ) 具体的には以下のような事務を行う。
- ・「境界層対象者証明書」、「境界層対象者申請書」を決裁のうえ、市長に進達する。

④ 受給者証の発行

保健所管理課は、自己負担上限額の変更内容のシステム入力を行い、申請結果調書（シ

システムの出力帳票)及び境界層負担軽減関係書類に基づき、負担上限月額を決定及び受給者証を発行し、保健福祉業務主管担当に送付する。

⑤ 受給者証等の交付

保健福祉業務主管担当は、「境界層対象者申請書」を申請した受給者に受給者証と自己負担上限額管理票を交付する。

(2) 生活保護業務主管担当で生活保護の適用について相談を受け付け、状況を確認した結果、境界層対象者とする場合

① 生活保護の相談受付(生活保護業務主管担当)

(ア) 受給者から利用者負担額の支払のために生活に困窮し、生活保護申請を行いたい旨の申し立てを受け付ける。

(イ) 生活保護業務主管担当では申立者の収入状況等について聴取を行い、要否判定を行う。

- ・その結果、境界層に対する負担軽減措置を行えば、保護を要しないと思われる者については、保護申請書を提出させた上で、年金支払通知書・税務資料等で本人の申し立てた内容について確認する。

(ウ) 確認の結果、境界層に対する負担軽減措置を行えば保護を要しないとされる場合、保護申請に対する却下を行い、却下通知の却下理由に、境界層に対する負担軽減措置を受けることにより保護を要しない旨を記載する。

- ・同時に、「境界層対象者証明書」に必要事項を記載して本人に交付し、保健福祉業務主管担当に提出するように説明する。

② 境界層に対する負担軽減措置の受付等(各区保健福祉センター保健福祉業務主管担当)

(事務内容は(1)と同様)

(3) 保護受給者の要件を確認した結果、境界層対象者となる場合

① 保護受給者への対応(生活保護業務主管担当)

(ア) 現に保護を受給している場合で、境界層に対する負担軽減措置を行えば、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の自己負担の支払が可能となり保護を要しない(保護廃止)状態となる者を調査する。

(イ) 調査の結果、境界層に対する負担軽減措置を行えば保護を要しない者について、保護廃止の処理を行う。

- ・この時、保護廃止通知の理由に境界層に対する負担軽減措置を受けることにより保護を要しない旨を記載する。

- ・同時に、「境界層対象者証明書」に必要事項を記載して本人に交付し、保健福祉業務主管担当に提出するように説明する。

② 境界層に対する負担軽減措置の適用(保健福祉業務主管担当)

(事務内容は(1)と同様)

- 4 境界層対象者が負担軽減措置を受ける場合、申請（境界層対象者申請書と境界層対象者証明書の提出）のあった日の属する月の初日から、変更決定後の負担上限月額を適用するものとする。

第13 その他

受給者証の交付及び自立支援医療費の支給等について、台帳を保健所管理課に、また、育成医療関係経由定例決裁簿（様式第14号）を保健福祉センターに、それぞれ備え付け、支給の状況を明らかにしておくものとする。

第14 実施時期

平成18年4月1日から実施する。

附 則

本要領は平成18年4月1日より適用する。

附 則

本要領は平成18年10月1日より改正する。

附 則

本要領は平成18年11月27日より改正する。

附 則

本要領は平成19年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成19年7月1日より改正する。

附 則

本要領は平成21年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成22年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成23年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成25年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成26年4月1日より改正する。

附 則

本要領は平成 26 年 10 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は平成 28 年 1 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は平成 28 年 4 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は平成 30 年 9 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は平成 31 年 2 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は令和 元年 5 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は令和 2 年 7 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は令和 3 年 4 月 1 日より改正する。

附 則

本要領は令和 3 年 7 月 1 日より改正する。

附 則

- 1 本要領は令和 7 年 4 月 1 日より改正する。
- 2 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 本要領は令和 7 年 7 月 1 日より改正する。
- 2 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

本要領は令和 7 年 9 月 30 日より改正する。

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												
受診者	フリガナ						年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名								平成 令和	年 月 日		
	受診者住所		〒 <div><div></div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 大阪市 区				電話番号	() -				
個人番号							<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>					
保護者	フリガナ						受診者との関係					
	保護者氏名											
	保護者住所 ※2		〒 <div><div></div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>				電話番号 ※2	() -				
個人番号							<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>					
負担額に関する事項	受診者の 加入医療保険 ※3	記号			保険者 番号 ※3		保険者 名 ※3	被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済）/国保（職種別・市町村）/後期高齢				
		番号										
	受診者と同一保険の 加入者 ※3											
該当する所得区分 ※4		生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						重度かつ 継続 ※4	該当 ・ 非該当			
身体障がい者手帳 番号							精神障がい者 保健福祉手帳 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）		医 療 機 関 名					所 在 地 ・ 電 話 番 号					
受給者番号 ※5												
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												
令和 年 月 日												
大 阪 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○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 生活保護受給中（健康保険未加入に限る）の場合は記入不要。
※4 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5 再認定または変更の方のみ記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

大阪市記入欄											
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		保健福祉センター受付印	
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	市民税課税台帳 生活保護受給者台帳 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（年金証書、振込通知書、手当証書、 ）										
前回の受給者番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	前回の有効期間	H・R 年 月 日 ～ H・R 年 月 日								
今回の受給者番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	今回の有効期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日								
申請者の個人番号 確認書類	□個人番号カード【A-0】 □通知カード【A-1】 □総合福祉システム【A-4】 □個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書【A-2】										
	進 達 年 月 日										

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 1 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 2 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税が課税されていますか。
 - ・均等割・所得割の両方とも課税されていない：3へ
 - ・均等割か所得割のいずれか又は両方、課税されている：4へ
- 3 自立支援医療を受診する方の保護者の収入が「世帯」にかかわらず保護者全員それぞれ80万9千円以下ですか。

(※収入とは、地方税法上の合計所得金額に、障がい年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過的福祉手当等を含めた収入の合計額)

 - ・80万9千円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万9千円を超える：「低2」に○をしてください。
- 4 自立支援医療を受診する方が属する「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○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○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○をしてください。
- 5 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が…
 ①健康保険や共済組合の場合
 被保険者本人の市町村民税額（所得割）の金額
 ②国民健康保険の場合
 一緒に国民健康保険に加入している方全員の市町村民税額（所得割）を合算した金額
 がどれに該当しますか。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① 腎臓機能障がい（人工透析・腎移植術後の抗免疫療法のみ）、小腸機能障がい（中心静脈栄養法による治療のみ）、免疫機能障がい、心臓機能障がい（心臓移植術後の抗免疫療法のみ）、肝臓機能障がい（肝臓移植術後の抗免疫療法のみ）をお持ちの方
- ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方
 （受診する方の属する世帯において、申請前の12か月間に3回以上高額療養費の支給を受けた月があるとき）

一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	市町村民税非課税 世帯収入≦80万9千	市町村民税非課税 世帯収入>80万9千	市町村民税（所得割） <3万3千	3万3千≦市町村民税 （所得割）<23万5千	市町村民税（所得割） ≧23万5千
生活保護 負担0円	低所得1 負担上限額 2,500円	低所得2 負担上限額 5,000円	中間所得層1 負担上限額 5,000円	中間所得層2 負担上限額 10,000円	一定所得以上 対象外
			（ 重 度 か つ 継 続 ）		
			中間所得層1 負担上限額 5,000円	中間所得層2 負担上限額 10,000円	一定所得以上 負担上限額 20,000円

上記の申告内容につきましては、市民税の課税状況等を閲覧することの同意書を提出いただき、保健所及び保健福祉センター職員が確認させていただきます。

ただし、自立支援医療を受ける月の属する年度（自立支援医療を受ける月が4月～6月である場合にあっては、前年度）分の市民税が大阪市内で課税されていない場合は、同意書に基づく課税状況等の閲覧はできませんので、市町村民税の課税状況等がわかる書類（市町村民税課税証明書・市町村民税非課税証明書等）を提出していただく必要があります。

自立支援医療（育成医療）意見書

（ 新規 ・ 再認定 ・ 変更 ）
※いずれかに○をお願いします。

大阪市

フリガナ				生 年 月 日		
受 診 者 氏 名		年 齢	歳	平成 令和	年 月 日	
受 診 者 住 所						
病 名		(先天性 ・ 後天性)		発 症 年 月 日	平成 令和	年 月 日
障 が い の 状 況		(1) 肢体不自由 (2) 視覚障がい (3) 聴覚・平衡機能障がい (4) 音声・言語・そしゃく機能障がい (5) 心臓機能障がい (6) 腎臓機能障がい (7) その他内臓障がい (8) 免疫機能障がい (9) 小腸機能障がい (10) 肝臓機能障がい				左記のうち、現存する（又は現在の疾患を放置すると将来に残る）障がいについて、該当する番号に○を記し、その障がいによる不自由の状況を以下に具体的に記載してください。
医療の具体的方針		補装具（有 ・ 無）				
治 療	治療見込期間	入院治療期間		(日 間)		通 算 日 間
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		回 日 間		
		通院治療回数並びに期間			回 日 間	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
医療費概算額	訪問看護予定回数並びに期間		(回 日 間)			計
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円			
	入院治療費			円		
通院治療費		円				
訪問看護等			円			
移送費見込額				円		
医療費及び移送費合計額		円				
治療後における障がいの回復状況の見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。						
令和 年 月 日						
※ 今回の治療開始日より前の日を記載してください。						
< 指定自立支援医療機関 >						
医療機関コード		<div></div>				
所 在 地						
名 称						
電 話 番 号						
担当医師名						

同意書 兼 世帯状況申出書

大 阪 市 長

私は、自立支援医療費（育成医療）支給に係る申請にあたり、その認定のために、保健福祉センター職員及び保健所管理課職員が、私及び次の世帯員の課税台帳等の市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、国民健康保険・後期高齢者医療保険資格関係公簿、または必要に応じて他の関係公簿等を閲覧及び照会することに同意します。また、市民税非課税世帯である場合には、受給者に係る収入の状況が確認できる資料（※1）を提出することに同意します。転入の場合は、自立支援医療費支給に係る意見書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

令和 年 月 日

（申請者） 住 所 大阪市 区

フリガナ 受診者との続柄

氏 名 （ ）

下記には、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する方を全て記載してください。
ただし、同じ医療保険に加入する全ての方が市町村民税非課税の場合、医療保険にかかわらず、保護者全員を記載してください。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄	住 所（※2、※3）
				個人番号（※4）
（受診者）	平成・令和 年 月 日		本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ

（※1）収入の状況が確認できる資料とは、障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障がい者手当・障がい児福祉手当・経過的福祉手当等の年金・手当等の年金証書の写し、振込通知書の写し等を言います。

（※2）申請者住所と異なる場合は、現住所を記載してください。

（※3）1月1日現在の住所（治療開始月が1～6月の場合は前年1月1日現在の住所）が、現住所と相違する場合は、当時の住所（市区町村名まで）を記載してください。

（※4）行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号です。

今回、閲覧・照会する市税証明の扶養人員の中に16歳～18歳の扶養親族がいる場合は、裏面にも記載してください。

今回、閲覧・照会を行う市税証明の扶養人員の中に、当該証明書の対象となる年の12月31日時点で、16歳～18歳までの扶養親族（以下、「特定扶養親族」と言う）が含まれている場合、記載してください。（16歳～18歳の扶養親族について、記載漏れ等があった場合、所得区分に影響が生じる場合があります）

特定扶養親族	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄
		平成・令和 年 月 日		
		平成・令和 年 月 日		
		平成・令和 年 月 日		

<特定扶養親族の例示>

治療開始月（※）	特定扶養親族となる可能性のある方
令和5年7月～令和6年6月	平成16年1月2日から平成19年1月1日までの間に生まれた方
令和6年7月～令和7年6月	平成17年1月2日から平成20年1月1日までの間に生まれた方
令和7年7月～令和8年6月	平成18年1月2日から平成21年1月1日までの間に生まれた方
令和8年7月～令和9年6月	平成19年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた方
令和9年7月～令和10年6月	平成20年1月2日から平成23年1月1日までの間に生まれた方

（※）今回、提出していただく自立支援医療（育成医療）意見書の「治療見込期間」の開始月

自立支援医療受給者証（育成医療）																
公費負担者番号									公費受給者番号							
受 診 者	フリガナ															
	氏 名															
	生 年 月 日															
	住 所															
	保 険 者 名															
	加入医療保険の記号								番 号							
保 護 者	フリガナ															
	氏 名															
	住 所															
	続 柄															
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所															
自己負担上限額 （月額）																
重度かつ継続				有効期間												
公費負担の対象 となる障がい												特 定 疾 病 療 養 受 療 証				
医療の具体的方針																
備 考																
上記のとおり認定する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 大阪市長 </div>																

健康保険等に加入している方は、その資格確認を行いますので、本受給者証と併せて医療保険の資格情報が確認できる資料を医療機関窓口にならず提示してください。人工透析を受ける方は、本受給者証と併せて特定疾病療養受療の認定者であることが確認できる資料を医療機関窓口提示してください。

⑥ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関名
月 日	

[illegible]

③ 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関名
月 日	

(※複数の受給者番号をお持ちの方はすべて記載してください)

住所

電話番号 (06) 6647-0650

自立支援医療（育成医療）
自己負担上限額管理票

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

545-0051

大阪市阿倍野区旭町 1 丁目 2 番 7-1000
号あべのメデックス 10 階

大阪市保健所

管理課（保健事業）

電話番号 06-6647-0661

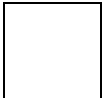
FAX 番号 06-6647-0803

自立支援医療（育成医療）認定却下通知書

大大保第 号
令和 年 月 日

〈氏名〉 様

大阪市長



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 58 条第 1 項の規定による自立支援医療（育成医療）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。

記

対象者氏名 〈氏名〉
対象者住所 〈住所〉

保護者氏名 〈氏名〉
保護者住所 〈住所〉

申請日 〈令和 年 月 日〉

理由 {
・所得基準を上回る所得であるため
・自立支援医療の対象となる疾病、障がいではないため
・その他

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）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 6 か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると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。）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）													
受 診 者	フリガナ 氏 名								生年月日 平成・令和 年 月 日				
	個 人 番 号												
	住 所	〒 ー 大阪市 区											
保 護 者	フリガナ 氏 名								続柄				
	個 人 番 号												
	住 所	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ 〒 ー											
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から 令和 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）												
	加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受 診者と同一の加入者）												
備 考													
<p>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。</p> <p>届出者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大 阪 市 長</p>													

※ 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。

育成医療用補装具費請求書

負担者番号	1	6	2	7	6	0	2	4	受給者証有効期間	令和 年 月 日 から
受給者番号										令和 年 月 日 まで
フリガナ									生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
受診者氏名										
保護者	氏名								電話番号	
	住所	大阪市 区								
交付又は修理する補装具の種目									修理の部位	
自己負担上限額		円				請求額 ※			円	
補装具製作者 又は修理者の 住所及び氏名										

※請求額欄は「本市負担額(請求額)」の額を記入してください。

金融機関	銀行		支店	
預金種目 (いずれかに○)	当座 ・ 普通		口座番号	
フリガナ 口座名義				

上記のとおり関係書類を添えて請求します。 令和 年 月 日

大 阪 市 長

請求者(保護者)氏名

- 《添付書類》
- ①装着証明書
 - ②装具の領収書(明細を含む)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)自己負担額上限管理票

----- これより下の欄には記入しないでください -----

<大阪市記入欄>

費用	補装具価格	保険負担額	自己負担上限額 (月額)	補装具受領月の 本人既負担額	保健福祉センター受付印
	A	B	C	D	
	本人負担予定額	自己負担上限額 までの金額	本人負担決定額	本市負担額 (請求額)	
	a	b	c	d	

※添付書類③～⑤については、写しを取り原本照合を行うこと。

育成医療用補装具費 請求金額計算用紙

(この用紙はただの計算用紙です。提出するものではありません。)

1 A～Dについて、各書類を見ながら記載してください。

A 補装具価格

円

補装具の代金を記入(領収書の金額)

B 保険負担額

円

「療養費払い支給決定通知書」に記載の、医療保険から還付を受けた額
(多くの場合補装具代金の7割の金額です)

C 自己負担上限額(月額)

円

自立支援医療受給者証(育成医療)に記載の自己負担上限額(月額)

D 補装具受領月の本人既負担額

円

自己負担上限額に記載の
補装具代金を支払った月の病院での窓口負担額

2 上記の数字に基づき計算してください

a 本人負担予定額

円

A補装具価格×0.1(小数点以下切捨)

b 自己負担上限額までの金額

円

C自己負担上限額(月額)－D補装具受領月の本人既負担額

c 本人負担決定額

円

a本人負担予定額とb自己負担上限額までの金額のうち少ない方

d 本市負担額(請求額)

円

A補装具価格－B保険負担額－c本人負担決定額

3 請求書にはdの「本市負担額(請求額)」の金額を記載してください。

装着証明書		
補 装 具 名		
装 着 年 月 日		
受 診 者	氏 名	
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
病 名		
受 給 者 番 号		
<p>上記のとおり装着したことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪市長 宛</p> <p>指定自立支援医療機関 所 在 地 電話番号 名 称 担当医師</p>		

障害者総合支援法連絡票

(作成日) 令和 年 月 日

申請者氏名 (児 童 の 氏 名)	(受給者番号)
生 年 月 日	明 大 昭 平 令 . .
住 所	区 丁目 番 号 方 (電話 -)
<p>ア 障がい福祉サービス利用者にかかる負担上限月額 _____円</p> <p>(ア) <input type="checkbox"/> 入所施設 (20 歳以上) <input type="checkbox"/> グループホーム入居者</p> <p>高額障がい福祉サービス費及び個別減免適用後の負担上限月額</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 入所施設 (20 歳未満) <input type="checkbox"/> ホームヘルプ利用者</p> <p>高額障がい福祉サービス費及び社会福祉法人軽減制度適用後の負担上限月額</p> <p>(ウ) <input type="checkbox"/> 通所施設利用者</p> <p>高額障がい福祉サービス費、社会福祉法人軽減制度及び事業主負担による就労継続 支援事業の減免措置が適用された後における負担上限月額</p> <p>イ 入所施設、通所施設等サービス利用者にかかる食費等実費負担額 _____円</p> <p>(ア) <input type="checkbox"/> 入所施設利用者 [補足給付額 (月額) _____円]</p> <p>入所施設における補足給付 (特定入所者食費等給付費) 実施後の実費負担額</p> <p>(イ) <input type="checkbox"/> 通所施設利用者</p> <p>通所施設等における食費負担軽減措置後の実費負担額</p> <p>ウ 自立支援医療利用者に係る概算医療費額</p> <p><input type="checkbox"/> 概算自己負担額 _____円</p> <p><input type="checkbox"/> 食費の実費負担額 _____円</p> <p><input style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 低所得 1・低所得 2 650 円×日数</p> <p><input style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 市民税課税世帯 780 円×日数</p>	
備 考	

(作成者)

収入等申告書

1 世帯の収入

有無	氏 名	年齢	収入の種類	収入金額			
				月分	月分	月分	合 計
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				円	円	円	円
				円	円	円	円
				円	円	円	円

2 世帯の預貯金等状況

区 分	有無	内 容	
預貯金		預 貯 金 先	預貯金額
	<input type="checkbox"/> 有	〔 支店〕	円
	<input type="checkbox"/> 無	〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	額面金額
			円
	<input type="checkbox"/> 無		円

3 受給者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
- ☐ 扶養親族となっている。
- ☐ 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
- ☐ 扶養親族となっている。
- ☐ 扶養親族となっていない。
- (医療保険の被保険者証を提示するか、写しを提出してください。)

4 世帯の不動産保有状況

- 居住用以外の処分可能な土地もしくは家屋、または200平方メートル以上の土地を、
- ☐ 所有している。
- ☐ 所有していない。

第 号
令和 年 月 日

障害者総合支援法における境界層対象者証明書

住 所 区 丁目 番 号
氏 名

上記の者（及びその世帯員）は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護の申請が却下となりましたが、却下に係る申請日及び保護を要しない理由は、次のとおりであることを証明します。

記

(1) 却下に係る申請日

令和 年 月 日

(2) 保護を要しない理由

次の負担減額措置を行えば、保護を必要としないため

(注1) 保護を必要としなくなるまで番号順に適用する。

なお、1・3については、0円まで減額した後、次の措置を適用すること。

(注2) あてはまるものすべてにチェックをすること。

☐ 1 「障がい福祉サービス定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（☐24,600 円 ☐15,000 円 ☐0 円）に減額する。（居宅又は施設サービス利用者）☐ 2 「補足給付特例対象」であるため、食費等の実費負担額を減額する。（入所施設サービス利用者）

（負担月額の下限は20歳以上22,000円、18～19歳10,000円、18歳未満1,000円）

なお、当該世帯に係る収入認定額は_____円、最低生活費は_____円である。

☐ 2-2 「社会福祉法人等による生活保護境界層措置対象者に対する食費等実費負担減免措置対象」であるため食費等の実費負担額を免除する。☐ 3 「自立支援医療定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（☐5,000 円 ☐2,500 円 ☐0 円）に減額する。（自立支援医療利用者）☐ 4 「自立支援医療食事療養費免除対象」であるため、食費の実費負担額を免除する。（自立支援医療利用者）

大阪市

区保健福祉センター所長

第 号
令和 年 月 日

障害者総合支援法における境界層対象者証明書

住 所 区 丁目 番 号
氏 名

上記の者（及びその世帯員）は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護の申請が却下となりましたが、却下に係る申請日及び保護を要しない理由は、次のとおりであることを証明します。

記

(1) 却下に係る申請日

令和 年 月 日

(2) 保護を要しない理由

次の負担減額措置を行えば、保護を必要としないため

(注1) 保護を必要としなくなるまで番号順に適用する。

なお、1・3については、0円まで減額した後、次の措置を適用すること。

(注2) あてはまるものすべてにチェックをすること。

☐ 1 「障がい福祉サービス定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（☐24,600 円 ☐15,000 円 ☐0 円）に減額する。（居宅又は施設サービス利用者）☐ 2 「補足給付特例対象」であるため、食費等の実費負担額を減額する。（入所施設サービス利用者）

（負担月額の下限は20歳以上22,000円、18～19歳10,000円、18歳未満1,000円）

なお、当該世帯に係る収入認定額は_____円、最低生活費は_____円である。

☐ 2-2 「社会福祉法人等による生活保護境界層措置対象者に対する食費等実費負担減免措置対象」であるため食費等の実費負担額を免除する。☐ 3 「自立支援医療定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（☐5,000 円 ☐2,500 円 ☐0 円）に減額する。（自立支援医療利用者）☐ 4 「自立支援医療食事療養費免除対象」であるため、食費の実費負担額を免除する。（自立支援医療利用者）

大阪市

区保健福祉センター所長

(保健福祉センター控)

境界層対象者申請書

令和 年 月 日

大 阪 市 長

申請者 住 所
電話番号 ()
氏 名

次のとおり境界層対象者であることを申請します。

受給者番号	
受給者名	
境界層措置内容	別添境界層対象者証明書のとおり

育成医療関係經由文書定例決裁簿

() 区保健福祉センター

[illegible]

令和 年 月 日送付

No	区分	疾患群	受診者氏名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

1 肢体不自由 2 視覚障がい 3 聴覚、平衡機能障がい 4 音声、言語、そしゃく機能障がい
5 心臓障がい 6 腎臓障がい 7 その他内臓障がい 8 免疫の機能障がい

令和 年 月 日

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請取下書

（提出先） 大阪市長

私は次のとおり、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請を取り下げます。

取下者（申請者） 氏 名

申請区分【 新規 ・ 継続 ・ 変更（ 保険 ・ 所得区分 ・ 医療機関 ・ その他） ・ 転入 】※1

受診者	氏名											生年 月 日	平成・令和 年 月 日		
	個人 番号														
	住所														
保護者	氏名														
	個人 番号														
	住所	大阪市 区													
申 請 書 提 出 日					令和 年 月 日										
取下書 を提出 した者	氏名											受診者 との関係			
	住所 ※2	連絡先 ()													

※1 新規・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更の場合）・転入のいずれかに○をする。
複数の変更がある場合は、変更する事項すべてに○をすること。

※2 上記の欄の「保護者」と住所が同じ場合は、連絡先（電話番号）の記載のみで可。