

寒川町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

現 行	改 正 案
～ 略 ～ (支給認定の申請等) 第20条 (略) 2・3 (略) 4 自立支援医療受給者証(法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証をいう。以下「医療受給者証」という。)は、第3号様式 とする。 (加える) ～ 略 ～ (加える) 第3号様式(第20条関係) [別紙のとおり] ～ 略 ～	～ 略 ～ (支給認定の申請等) 第20条 (略) 2・3 (略) 4 自立支援医療受給者証(法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証をいう。以下「医療受給者証」という。)は、次の各号に掲げる自立支援医療の種類に応じ、当該各号に定める様式により交付するものとする。 (1) 育成医療(政令第1条の2第1号に規定する育成医療をいう。) 自立支援医療受給者証(育成医療)(第3号様式) (2) 更正医療(政令第1条の2第2号に規定する更生医療をいう。) 自立支援医療受給者証(更生医療)(第3号様式の2) ～ 略 ～ 第3号様式(第20条関係) [別紙のとおり] 第3号様式の2(第20条関係) [別紙のとおり] ～ 略 ～ 附 則 この規則は、令和2年7月1日から施行する。

第3号様式(第20条関係)

自立支援医療受給者証(育成医療)									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ						生年月日		
	氏 名								
	フリガナ								
	住 所								
	被保険者証の記号及び番号					保険者名			
	高額治療継続者		該当・非該当						
保 護 者		フリガナ					続柄		
		氏 名							
		フリガナ							
		住 所							
指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号				
自己負担上限額		月 額 円							
有 効 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日							
上記のとおり認定する。									

自立支援医療受給者証(対象となる障害名及び医療の具体的方針)			
公費負担の対象となる障害		高額治療継続者	該当・非該当
医療の具体的方針			
特定疾病療養 受療証	有 ・ 無		

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

下記のとおり月額負担上限額に達しました。

[illegible]

(現行)

第3号様式(第20条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)												
公費負担者番号												
公費負担医療の受給者番号												
受 診 者	フリガナ								性別	生年月日		
	氏 名											
	住 所											
	被保険者証の記号及び番号								保険者名			
	重度かつ継続	該当										
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ								続柄		
		氏 名										
		住 所										
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所								所在地・電話番号			
	薬 局								所在地・電話番号			
	訪問看護事業者								所在地・電話番号			
自己負担上限額		月額 円										
有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日										
上記のとおり認定する。												

※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給者証を医療機関窓口
に提出すること。

(改正案)

第3号様式の2(第20条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)												
公費負担者番号												
公費負担医療の受給者番号												
受 診 者	フリガナ								生年月日			
	氏 名											
	住 所											
	被保険者証の記号及び番号								保険者名			
	重度かつ継続	該当・非該当										
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ								続柄		
		氏 名										
		住 所										
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所								所在地・電話番号			
	薬 局								所在地・電話番号			
	訪問看護事業者								所在地・電話番号			
自己負担上限額		月額 円・医療保険の自己負担限度額										
有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日										
上記のとおり認定する。												

※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給者証を医療機関窓口
に提出すること。