第１９号様式の３（第２６条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書（診断書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | 氏名 | 上尾　花子 | 性別 | 男・ | 生年月日 | 平成  令和　27年　1月 1日 | 2歳 |
| 居住地 | 上尾市本町　３－１－１ | | | | | |
| 病名 | | 両側尖足 | | 発症年月日 | | 平成27年　　1月　1日  （先天性・後天性　　　歳） | |
| 障害の種類  （該当するものに○をつける） | | ()肢体不自由　　　　(２)視覚障害　　　　　(３)聴覚・平衡機能障害  (４)音声・言語・そしゃく機能障害　　　　　　(５)心臓機能障害　　　　(６)腎臓機能障害  (７)小腸機能障害　　　(８)肝臓機能障害　　　(９)その他内臓障害　　　(10)免疫機能障害 | | | | | |
| 障害の状況 | | 下肢機能障害 | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | 手術　リハビリテーション　マッサージ  （補装具　有・） | | | | | |
| 治　　　　　療 | 治療見込期間 | 入院治療期間　令和元年　　５月　２７日～　　　令和元年　　６月　２５日　（　 ３０日間）  通院治療期間　令和元年　　５月　２６日～　　 令和元年　　１０月　２２日　（　１５０日間）  　　通院回数（月 　　回）  訪問看護期間　令和　 年　　　月　　　日～　 令和　 年　　　月　　　日　（　 　日間）  　　訪問回数（月　 　回）  通算　１８０日間  手術予定年月日　　　　令和元年　　５月　２９日 | | | | | |
| 医療費概算額 | 入　院　治　療　費　　　　　　　　　　　円通　院　治　療　費　　　　　　　　　　　円訪　問　看　護　等　　　　　　　　　　　円　｝　計　　１，０２５，０００円 | | | | | |
| 移送費見込額 | | ０　円 | | | | | |
| 医療費概算及び移送費見込合計額 | | １，０２５，０００円 | | | | | |
| 治療後における  障害の回復状況  の見込み | | 著効の見込　　　　　　　　　　　院外処方による投薬あり | | | | | |
| 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５年　１月　４日  医療機関　所在地　　埼玉県さいたま市中央区新都心１－２  　名　称　　埼玉県立小児医療センター  　電　話　　０４８－６０１－２２００  担当医師名　　大宮　一男 　印 | | | | | | | |

第１９号様式の２（第２６条関係）　　　　　(表)

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 | ふりがな | あげお　はなこ | | | | | 性別 | | | 男・ | 生年月日 | | | 平成　２７年１月１日  令和 | | | | | | | 年齢 | | ２歳 | |
| 氏名 | **上尾　花子** | | | | |
| 居住地 | 〒362-8501  **上尾市本町３－１－１** | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | ０４８－７７５－６８１９ | | | | | | |
| 個人番号 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | | | **６** | | | **７** | | | | **８** | **９** | | | **０** | | **１** | | **２** |
| 保　護　者 | 氏名 | **上尾　太郎** | | | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | **父** | | | | | | |
| 居住地 | 〒362-8501  **上尾市本町３－１－１** | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | ０９０－１２３４－５６７８ | | | | | | |
| 個人番号 | **９** | **８** | **７** | **６** | **５** | | | **４** | | | **３** | | | | **２** | **１** | | | **０** | | **９** | | **８** |
| 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 | １２３４５６７　　・　　５５ | | | | | | 保険者名 | | | | | 全国健康保険協会　埼玉支部 | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険  の加入者 | 上尾太郎・上尾幸子・上尾花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険  の加入者個人番号 |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| 該当する所得区分  ※２ | 生保・中国・低１・低２・中間１・中間２・一定以上 | | | | | | | | | | | | | 重度かつ継続  ※２ | | | | 該当　・　非該当 | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | 受給者番号  ※３ | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む。） | | 医療機関の名称 | | | | | | 所在地・連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （病院・診療所）  埼玉県立小児医療センター | | | | | | さいたま市中央区新都心１－２  ０４８－６０１－２２００ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （薬局等）  ○○薬局　○○店 | | | | | | 上尾市○○１-１  ０４８－○○○-○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更※２※４ | | 有　・　無 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  　　令和５年　　１月　　４日  　（宛先）  　　　　　　上尾市長  申請者氏名  **上尾　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※１　新規・再認定・変更のいずれかに○をすること。

　※２　該当する区分に○をすること。

　※３　再認定又は変更の方のみ記入すること。

　※４　変更の方のみ記入すること。

（裏）

自立支援医療（育成医療）「世帯」調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | | | 上尾　太郎 | | | | 受診者氏名 | | 上尾　花子 | |
| 受　診　者　の　属　す　る　世　帯　構　成 | 氏　　　　名  個人番号 | | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | | 加入医療保険名称  及び記号、番号 | | 備考 |
| 上尾　太郎  987654321098 | | | 父 | 男 | 昭和60年  3月27日 | | 全国健康保険協会　埼玉支部  １２３４５６７・５５ | |  |
| 上尾　幸子  567890123456 | | | 母 | 女 | 昭和61年  8月15日 | | 全国健康保険協会　埼玉支部  １２３４５６７・５５ | |  |
| 上尾　花子  123456789012 | | | 本人 | 女 | 平成27年  1月1日 | | 全国健康保険協会　埼玉支部  １２３４５６７・５５ | |  |
|  | | |  |  |  | |  | |  |
|  | | |  |  |  | |  | |  |
|  | | |  |  |  | |  | |  |
| 世帯外で同一住所の者 | 氏名 | 上尾　一郎  345678901234 | | 祖父 | 男 | 昭和27年  6月9日 | | 上尾市国民健康保険  １・１２３４５ | |  |
| 氏名 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 注意　１　受診者の属する「世帯」とは、居住地にかかわらず受診者本人と同一の医療保険に加入する方全員をいいます。  　　　２　世帯外で同一住所の者とは、受診者本人と同一住所に居住し、受診者本人と加入する医療保険が異なる方をいいます。  　　　３　「続柄」は、受診者本人からみたものを記入してください。  　　　４　不明な点は、提出先の子ども支援課に確認してください。 | | | | | | | | | | |

１．子ども支援課で申請書類をもらう

*☆育成医療は事前申請です☆*

育成医療　申請の流れ

２．申請書類を準備する

（記入） ・申請書

　　　 　・世帯調書

　　　 　・遅延理由書（事後の時）

・世帯全員分の保険証(原本)又はコピー

・受診者と同一保険に加入している方全員分の個人番号カード（コピー可）

・申請者・来庁者の本人確認書類

（運転免証・パスポート等）

３．意見書を医療機関で記入してもらう

９．自己負担金がある場合は市の医療費助成が受けられます（下記のうちいずれかの資格をお持ちの方）

【障害福祉課】

・重度心身障害者医療

【子ども支援課】

　・ひとり親家庭等医療

　・こども医療

医療機関が…

⇒**埼玉県内の場合**

上記いずれかの医療費受給者証を医療機関窓口に提示すれば、窓口での負担はありません

※ただし、一部の医療機関によっては窓口での負担が発生する場合もあります

⇒**埼玉県外の場合**

医療機関に自己負担分を支払い、発行された領収書を上記の担当課に提出してください

４．子ども支援課に書類を申請する

５．書類が郵送で届く

　（申請して約２週間後）

・受給者証

・上限管理票

・認定通知

６．受給者証・上限管理票を医療機関に提出する

７．限度額に応じて、医療機関に医療費を支払う

８．有効期間が過ぎた受給者証を　子ども支援課に返却する

※期間の延長が必要な場合は、再認定の申請をする

（意見書が必要です）