

岐阜県公報

目 次

岐阜県自立支援医療に関する規則の一部を改正する規則 (保健医療課)

ページ
—

規 則

岐阜県自立支援医療に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十三年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第四十号

岐阜県自立支援医療に関する規則の一部を改正する規則

岐阜県自立支援医療に関する規則(平成十八年岐阜県規則第七十四号)の一部を次のように改正する。

別記第一号様式を次のように改める。

岐阜県公報 号外 毎週 (火曜日 金曜日) 発行 (休日となるときは翌日)

平成二十三年四月一日

号 外 (十五) 平成二十三年 四月 一日

第2号様式(第2条関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書

印は下記参照

申請区分 1		1.新規		2.再認定		3.変更(自己負担限度額・指定医療機関・都道府県間住所)		4.医療機関追加	
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	姓	名	性別	1男・2女	年齢	歳	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日
	受診者住所	岐阜県		アパート等					
	電話番号	-		-		郵便番号	-		
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ 保護者氏名	姓	名	受診者との関係(続柄)		アパート等			
	保護者住所 2					郵便番号 2			
	電話番号 2	-		-		郵便番号 2			
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			保険の種類(印)	1.社保本人 2.社保家族 3.国保一般 4.国保退職本人				
	保険者名				5.国保退職家族 6.生保 7.後期高齢 8.その他				
	受診者と同一保険の加入者								
	該当する所得区分 3	1.生保 2.低1 3.低2 4.中間1 5.中間2 6.一定以上		重度かつ継続 4		1.該当 2.非該当			
診断書の添付(印) 5	1.有		既存の受給者証の番号 6					既存の受給者証の有効期限 6	平成 年 月 日
	2.無(治療方針の変更なし)		既存の手帳の番号 7					既存の手帳の有効期限 7	平成 年 月 日
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)	医療機関番号		医療機関名		所在地				
	病院・診療所								
	薬局								
	訪問看護事業者								
	8								
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。									
年 月 日									
申請者氏名					精神保健福祉センター所長 様 保健所長 様				
印 9									

備考

- 1 該当する申請に をすること。(変更は「自己負担限度額・指定医療機関・都道府県間住所」のいずれかの変更認定の申請の場合)
- 2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をすること。
- 4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をすること。
- 5 再認定(継続申請)の場合のみ記入。
- 6 再認定・変更・医療機関追加の方のみ記入すること。
- 7 精神障害者保健福祉手帳を所有している方のみ記入すること。
- 8 複数医療機関の指定を希望する場合に記入すること。(主治医が受診の必要性を認め、診断書に記載した医療機関であること。)
- 9 申請者氏名については、記名押印又は自筆による書名のいずれかとすること。

-----ここから下の欄には記入しないで下さい-----

自治体記入欄																	
市町村コード				市町村名													
申請受付年月日	平成		年	月	日	到達年月日	平成		年	月	日	認定年月日	平成		年	月	日
前回所得区分	1.生保 2.低1 3.低2 4.中間1 5.中間2 6.一定以上		重度かつ継続		1.該当 2.非該当												
今回所得区分	1.生保 2.低1 3.低2 4.中間1 5.中間2 6.一定以上		重度かつ継続		1.該当 2.非該当												
所得確認書類	1.市町村民税課税証明書		2.市町村民税非課税証明書		3.標準負担額減額認定証		4.生活保護受給世帯の証明書 5.その他収入等を証明する書類()										
診断書の提出	医療用(1年目)		医療用(2年目)		手帳用(1年目)		手帳用(2年目)										
備考			疾患コード		審査欄		1.承認 2.不承認										

別記第四号様式を次のように改める。

第 4 号様式 (第 2 条関係)

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
住 所			
病名 (ICD コードは、F00 ~ F99、G40 のいずれかを記載)	主たる精神障害 _____ ICD コード () 従たる精神障害 _____ ICD コード () 身体合併症 _____		
発病から現在までの 病歴 (推定発病年月、発 病状況、治療の経過等を 記載)			
現在の病状、状態像等 (該当する項目を で囲む)			
抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()			
幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()			
情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()			
不安及び不穩 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()			
てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 ()			
精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 ()			
知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()			
広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 () その他 ()			

の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等

現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)

今後の治療方針

現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練 (生活訓練)、共同生活援助 (グループホーム)、共同生活介護 (ケアホーム)、居宅介護 (ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)

備考

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

医師氏名 (自署または記名捺印) _____

別記第六号様式を次のように改める。

第 6 号様式 (第 3 条関係)

自立支援医療受給者証 (精神通院)			
公費負担者番号			
受給者番号			
受	フリガナ		
	氏 名		
給	性 別	生年月日	
	住 所		
者	被保険者証の 記号及び番号		
	保険者名		
保	フリガナ		続 柄
	氏 名		
者	住 所		
自己負担上限額		重度か つ継続	
有 効 期 間			

指 定 医 療 機 関	
医療機関名	
所 在 地	
医療機関名	
所 在 地	
医療機関名	
所 在 地	
医療機関名	
所 在 地	
支給要件の確認方法	
上記のとおり認定する。	
岐阜県	
年 月 日	

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の規則の規定により作成されている用紙（以下「旧用紙」といふ。）がある場合においては、この規則による改正後の規則の規定にかかわらず、旧用紙をそのまま使用することを妨げない。

平成二十三年四月一日発行

発 行 者
所

岐 阜 県 庁
岐阜市数田南一丁目一番一号

編 集

各務原市テクノプラザ
—
ブイ・アール・テクノセンター