

窓空宛名

第 年 月 日 号

自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

（申請者） 様

市 町 村 長 印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受 給 者 番 号		認 定 日	
有 効 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
利用者負担上限額			
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、●●●知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、●●市を被告として（訴訟において●●市を代表する者は●●市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問い合わせ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111

窓空宛名

第 年 月 日 号

通 知 書

(申請者) 様

市 町 村 長 印

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項の規定による自立支援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。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他 ()

教 示

この処分について不服がある場合は、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か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市町村長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

[illegible]

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
申請の種類		購入（借受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理					
対 象 者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日		電 話			
世 帯 員 の 状 況	氏 名	年 齢	対象者 と の 続 柄	課 税 状 況		備 考	
				課税区分		市 民 税 所 得 割	
	非 課 税 世 帯	氏名	所得	障害年金	手当	合計	
			円	円	円	円	
	世帯区分						
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
月額負担上限額							
円							
用 具 名		基準額		見積額		利用者負担	
		円		円		円	
合 計		円		円		円	
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者							

判 定 依 頼 書

第 号
年 月 日市 町 村 長 

身体障害者更生相談所長 殿

下記の者に対する判定を依頼する。

記

フリガナ 氏名		年 月 日生	住 所	
手帳	号	年 月 日交付	医療保険名	
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家 族 関 係				
生 育 ・ 職 業 歴				
障害・疾患等に関する既往歴			最近5年間の補装具購入・借受け・修理状況 年 月（購入・借受け・修理） 年 月（購入・借受け・修理） 年 月（購入・借受け・修理） 年 月（購入・借受け・修理） 年 月（購入・借受け・修理）	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項 申請の種類・・・ 購入（借受けの意向 有・無）、借受け、修理 借受けの意向・・・有、無 判定の方法・・・ 通所、巡回、在宅				



判 定 通 知 書

第 号
年 月 日
市 町 村 長 印

殿

先に申請のあった については、専門的判定の必要がありますので、
申請日に 身体障害者更生相談所において判定を行うこと
になりました。
なお、当日は本書を持参してください。

記

1. 身体障害者手帳番号

2. 判定依頼事項

判定日
判定時間
会場

(お問い合わせ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111

補装具費支給決定通知書

年 月 日

市町村長印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話	
支給番号			支給決定日	年 月 日
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日
補装具名				
補装具業者	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話			
基準額		見積額	利用者負担額	
円		円	合計額	円
月額負担上限額		(借受けの場合)	(初 月)	円
			(中間月)	円
円			(最終月)	円
教示事項				

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号				支 給 決 定 日	年 月 日	
購入・借受け・修理 の 別		購入 ・ 借受け ・ 修理				
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日		～	年 月 日	
氏 名				生年月日	年 月 日	
住 所						
保 護 者 氏 名					続 柄	
補 装 具 の 名 称				修理部位		
処 方						
補 装 具 者 業 者	名 称					
	所在地					
	電 話					
基 準 額		見 積 額		利用者負担額		公費負担額
円		円		円		円
月額負担上限額						
円						
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">市町村長 印</div>						
判 定 検 査	判 定 年 月 日	平成 年 月 日		判 定 員 職 氏 名	印	
受 領	受 領 年 月 日	平成 年 月 日		受 領 者 氏 名	印	本人との関係

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号			支 給 決 定 日	年 月 日
借 受 け 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		
氏 名			生年月日	年 月 日
住 所				
保 護 者 氏 名			続 柄	
補 装 具 の 名 称			修理部位	
処 方				
補 装 具 業 者	名 称			
	所在地			
	電 話			
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長 印</p>				

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号				支 給 決 定 日	年 月 日	
借 受 け 期 間		年 月 日		～	年 月 日	
氏 名				生年月日	年 月 日	
住 所						
保 護 者 氏 名					続 柄	
補 装 具 の 名 称				修理部位		
処 方						
補 装 具 業 者	名 称					
	所在地					
	電 話					
基 準 額		見 積 額		利用者負担額		公費負担額
円		円		円		円
月額負担上限額						
円						
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日						
市町村長 印						
返 却 確 認	返 却 日	平成 年 月 日	業 者 名	印		
			申 請 者 氏 名	印	本人と の 関 係	

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

却下決定通知書

第 号
年 月 日

市 町 村 長 印

申請日 に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に 市町村名 長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、 市町村名 長を被告として（訴訟において 市町村名 を代表する者は 市町村名 長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。

（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（お問い合わせ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

令和 年 月 日

(宛先)

決定日 付け第 支給券番号 号で支給決定を受けた 補装具名 の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者委任します。

補装具価格（基準額） ※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利用者負担額	円
補装具費請求額	円

請求者兼委任者 住所
(障害者又は障害児
の保護者) 氏名 印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、下記の登録の口座に振り込んでください。

住所
受任者 名称
(事業者) 代表者氏名 印
相手方番号

※相手方番号の記入により、下記の口座情報の記入を省略できます。

(振込み先銀行) 銀行名 支店名 口座の種別
口座番号
口座名義人氏名

補装具費支給決定通知書

年 月 日

市町村長印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話	
支給番号			支給決定日	年 月 日
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日
補装具名				
補装具業者	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話			
基準額		見積額	利用者負担額	
円		円	合計額	円
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初 月)	円
			(中間月)	円
円			(最終月)	円
公費負担額 (合計額) 円				
教示事項				

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111