

第 平成 年 月 日 号

通 知 書

申請者 様

職 氏名 印

障害者自立支援法第58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60日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、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。）。

自立支援医療支給認定取消通知

様

障害者自立支援法第57条第1項の規定により、自立支援医療費に係る支給認定を次のとおり取り消しましたので、通知します。

なお、同条第2項の規定により、自立支援医療受給者証の返還を求めますので、次のとおり返還してください。

年 月 日

職 氏 名 印

記

支給認定を取り消した 受給者の氏名	
自立支援医療費受給者 番号	
医療受給者証の返還先	
医療受給者証の 返還期限	年 月 日

別紙様式4

治療装具支給申請書																											
自立支援医療受給者証	公費負担番号	1 6 3 1 6 0 1 0	交付年月日																								
	受給者番号		生年月日																								
	本人氏名		申請者氏名																								
	申請者住所																										
	被保険者証の記号及び番号		保険者名																								
	病名																										
治療装具費	補装具の金額																										
	医療保険負担金差引額																										
	申請(請求)金額																										
	自己負担額																										
<p>上記の通り関係書類を添付して申請(請求)します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 フリガナ 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>鳥取県知事 様</p> <p style="text-align: center;">下記銀行口座へ振り込んでください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">口座名義人</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">振込先 金融機関</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">銀行</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">支店</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">当座</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">口座番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">普通</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						口座名義人						振込先 金融機関	銀行		支店			当座	口座番号				普通				
口座名義人																											
振込先 金融機関	銀行		支店																								
	当座	口座番号																									
普通																											

※添付書類

- ・治療装具の装着の必要を認める旨の担当医師の診断書
- ・治療装具費に係る証拠書類(領収書等)
- ・治療装具を装着又は修理したことを証明する担当医師の証明書
- ・保険者が発行した治療装具の購入に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費支給決定通知書
- ・自己負担上限管理票
- ・その他知事が必要と認める書類

別紙様式5

自立支援医療（育成医療）（治療装具・移送費）支給承認通知書

第 号
平成 年 月 日

申請者

様

鳥取県知事

平成 年 月 日付けで申請のあった（治療装具・移送費）については、自立支援医療（育成医療）支給認定実施要綱第11の1の（5）の規定により次のとおり承認したので通知します。

記

（治療装具・移送費）支給額

金 円

別紙様式6

自立支援医療(育成医療)移送費支給承認申請書

公費負担番号												
受給者番号												
自立支援医療受給者証	交付年月日		年 月 日									
	本人氏名			生年月日		年 月 日						
	申請者住所											
	病 名											
	被保険者証の記号及び番号				保 険 者 名							
担当医師の意見	看護を必要とする期間		年 年		月 月		日から 日から		日間			
	入院・通院	移送区間		から まで								
		移送年月日		入院通院		年 月 日		年 月 日				
		交通費		自動車		円		バス		円		
	通院	通院期間・回数		年 年		月 月		日から 日から		回		
		通院区間		から まで								
	院	区分		片道		往復		通院回数		費用の合計		備考
		月別										
		月分										
		月分										
年 月 日			指定自立支援医療機関 担当医師氏名 印									
移送費支給申請(請求)額				金 円								
上記のとおり申請(請求)します。 年 月 日 申請者住所 フリガナ 申請者氏名 印 鳥取県知事												
申請書受付年月日			進 達 年月日			決 定 年月日						
備考												