

療育給付等に関する規則の一部を改正する規則（案）

療育給付等に関する規則（昭和 35 年神奈川県規則第 85 号）の一部を次のように改正する。

別表Ｃ階層の項及びＤ階層の項を次のように改める。

C階層	A階層に属する世帯を除き、現年度分の市町村民税均等割のみの課税世帯				4, 500	450
D階層	A階層、B階層又はC階層に属する世帯を除き現年度分の市町村民税所得割課税世帯	D 1階層	現年度分の市町村民税所得割の年額	3, 000円以下	5, 800	580
		D 2階層	同	3, 001円以上 5, 800円以下	6, 900	690
		D 3階層	同	5, 801円以上 8, 700円以下	7, 600	760
		D 4階層	同	8, 701円以上 13, 000円以下	8, 500	850
		D 5階層	同	13, 001円以上 17, 400円以下	9, 400	940
		D 6階層	同	17, 401円以上 22, 400円以下	11, 000	1, 100
		D 7階層	同	22, 401円以上 28, 200円以下	12, 500	1, 250
		D 8階層	同	28, 201円以上 58, 400円以下	16, 200	1, 620
		D 9階層	同	58, 401円以上 75, 000円以下	18, 700	1, 870

		D ₁₀ 階層	同	75,001円以上 96,600円以下	23,100	2,310
		D ₁₁ 階層	同	96,601円以上 121,800円以下	27,500	2,750
		D ₁₂ 階層	同	121,801円以上 175,500円以下	35,700	3,570
		D ₁₃ 階層	同	175,501円以上 221,100円以下	44,000	4,400
		D ₁₄ 階層	同	221,101円以上 380,800円以下	52,300	5,230
		D ₁₅ 階層	同	380,801円以上 549,000円以下	80,700	8,070
		D ₁₆ 階層	同	549,001円以上 579,000円以下	85,000	8,500
		D ₁₇ 階層	同	579,001円以上 700,900円以下	102,900	10,290
		D ₁₈ 階層	同	700,901円以上 849,000円以下	122,500	12,250
		D ₁₉ 階層	同	849,001円以上 1,041,000円以下	143,800	14,380
		D ₂₀ 階層	同	1,041,001円以上	療育の給付に要する費用の全額	左の基準月額の10パーセントの額。ただし、その額が17,120円に満たない場合は17,120円

別表の備考を次のように改める。

備考 1 現年度分の市町村民税の課税額等が判明しない場合は、これが判明するまでの間は、前年度分の市町村民税の課税額等を用いるものとする。

- 2 基準月額欄の「療育の給付に要する費用の全額」は、当該児童の措置に要した費用から高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号)第 7 条第 1 項に規定する医療保険各法及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成 10 年法律第 114 号)による負担額を差し引いた額を超えない額とする。

第 1 号様式中 別紙

第 3 号様式の注 1 から注 4 までを次のように改める。

- 1 自営業者等確定申告をされた方は、市町村民税額の決定通知書又は市町村民税の納税通知書
- 2 給与所得者又は年金受給者の方は、給与所得等に係る市町村民税の特別徴収税額の決定通知書
- 3 生活保護を受けている方は、生活保護受給証明書
- 4 上記 1、2 又は 3 以外の方は、市町村民税の課税証明書又は非課税証明書

第 6 号様式を次のように改める 別紙 2

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

第1号様式

「

保険証発行機関		被保険者証の記号及び番号	
---------	--	--------------	--

」を

「

医療保険各法による 記号及び番号	
保険者等の名称	

」に改める。

第6号様式

「

療 育 医 療 給 付 台 帳																											
コード番号		制度別号		都道府県番号		実施機関番号		検証番号		受給者番号					検証番号		保険者番号					医療機関番号					
		1	7	1	4	6	0	1	0	0																	
受療者	氏名									申請者	氏名					続柄											
	生年月日	年 月 日 (男・女)									生年月日	年 月 日				所得階区分	1 A 2 B 3 C (円) 4 D (円)										
	疾患名	1 骨関節結核 2 1以外の結核									住所																
療育券交付年月日等	療育券交付年月日									保険加入区分	保険区分	1 健 2 国 3 共 4 生 5 その他 保 保 済 保 保					指定療育医療機関										
	療育券有効期間	・ ・ ・ ・ ・									保険者の氏名																
	診療予定期間	・ ・ ・ ・ ・									被保険者等記号・番号																
請求月	診療月	診療実日数	決定点数	社会保険負担率	差引額	自己負担額	請求月	日用品	学習志	備考																	
	・																										
	・																										
	・																										
	・																										
計																											

」を

「

療 育 医 療 給 付 台 帳																										
コード番号		制度別号		都道府県番号		実施機関番号		検証番号		受給者番号					検証番号		保険者番号					医療機関番号				
		1	7	1	4	6	0	1	0																	
受療者	氏名									申請者	氏名					所得階区分	1 A 2 B 3 C (円) 4 D (円)									
	生年月日	年 月 日 (男・女)									受療者との続柄						生年月日	年 月 日								
	住所										住所							連絡先								
	出生時体重										連絡先															
	疾患名	1 骨関節結核 2 1以外の結核									連絡先								指定療育医療機関							
療育券交付年月日等	療育券交付年月日									保険種別	保険区分	1 健 2 国 3 共 4 生 5 その他 保 保 済 保 保					指定療育医療機関									
	療育券有効期間	・ ・ ・ ・ ・									保険者の氏名															
	診療予定期間	・ ・ ・ ・ ・									被保険者等記号・番号															
請求月	診療月	診療実日数	総医療費①	医療保険等負担額②	公費負担額①-②=③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備考																	
	・																									
	・																									
	・																									
	・																									
計																										

」に

改める。