

別表 自立支援医療（更生医療）判定依頼時必要書類一覧

R6.10.1以降

障害区分		判定依頼書 (様式7)	判定票 (医療様式)	医療費概算額 算出表(様式5)	心電図 超音波検査	訪問看護 計画書	レントゲンフ ィルム画像	必要と認める 治療期間	その他 (留意点等)
心臓機能障害	新規(移植以外)※1	○	様式2	○	○			手術及びそれに伴う医療 3か月	
	心臓移植 新規 移植+抗免疫※1	○	様式2	○	○			1年	ただし、移植は3か月
	抗免疫療法 更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
じん臓機能障害	人工透析 新規※1	○	様式3					1年	
	更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
	訪問看護	○	様式3			○		3か月	新規で在宅での腹膜透析導入時
	腎移植 新規 移植+抗免疫	○	様式3					1年	ただし、移植は3か月
	抗免疫療法 更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
肝臓機能障害	肝移植 新規 移植+抗免疫	○	様式4					1年	ただし、移植は3か月
	抗免疫療法 更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
肢体不自由※1		○	様式2	○ 治療材料の 内訳表を添付			○紙媒体	入院+通院6か月	判定日:毎月第2水曜日
聴覚障害※1		○	様式6	○				3か月	判定日:毎月第1金曜日
音声言語・そしゃく機能障害※1		○	様式2	○			○紙媒体	1年	判定日:毎月第1金曜日
視覚障害※1		○	様式1	○				3か月	
小腸機能障害	新規※1	○	様式2	○				1年	奇数月第3火曜日
	更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
免疫機能障害	新規※1	○	様式2	○				1年	月1回程度
	更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	
	訪問看護 新規※1	○	様式2			○		2年	月1回程度
	訪問看護 更新	身体障害者更生相談所の判定は要しない(市町村が決定)※2						1年	

※1 新規申請時、緊急かつやむを得ないと認められる場合を除いて、原則身体障害者手帳との同時申請は認めていない。

※2 再認定時、病状の変化及び治療方針の変更がある場合には、身体障害者更生相談所の判定が必要となる。

※3 肢体不自由、聴覚障害、音声言語・そしゃく機能障害は、判定医が必要と認めた場合には来所判定を行う。

※4 すべての機能障害について、緊急かつやむを得ないと認める場合を除く判定依頼は、治療開始まで1か月以上の余裕をもって行うこと。