新旧対照表

○療育給付等に関する規則

新

別表（第８条の２関係）

徴収基準額表

世帯の階層区分					基準月額	加算基準月額
（略）						
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	Ｄ１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
		Ｄ２階層	同	3,001円以上5,800円以下	6,900	690
		Ｄ３階層	同	5,801円以上8,700円以下	7,600	760
		Ｄ４階層	同	8,701円以上13,000円以下	8,500	850
		Ｄ５階層	同	13,001円以上17,400円以下	9,400	940
		Ｄ６階層	同	17,401円以上22,400円以下	11,000	1,100
		Ｄ７階層	同	22,401円以上	12,500	1,250

旧

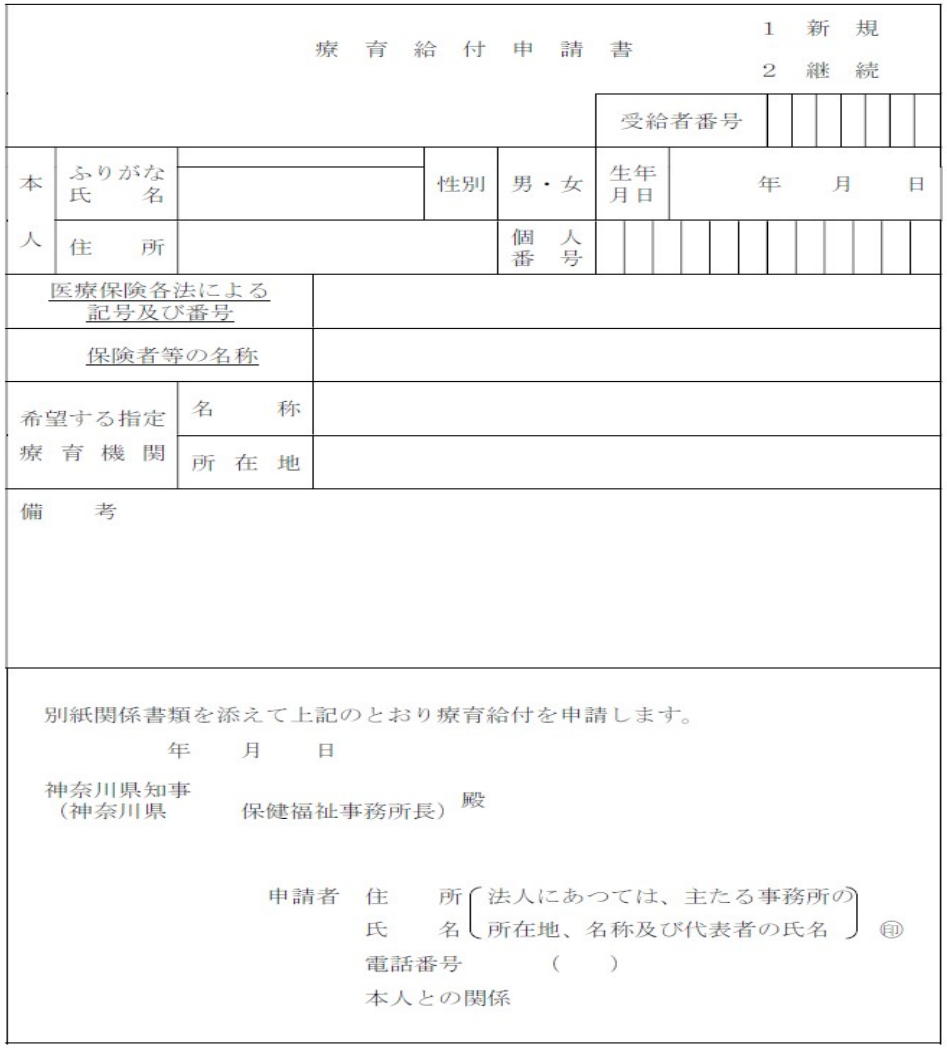
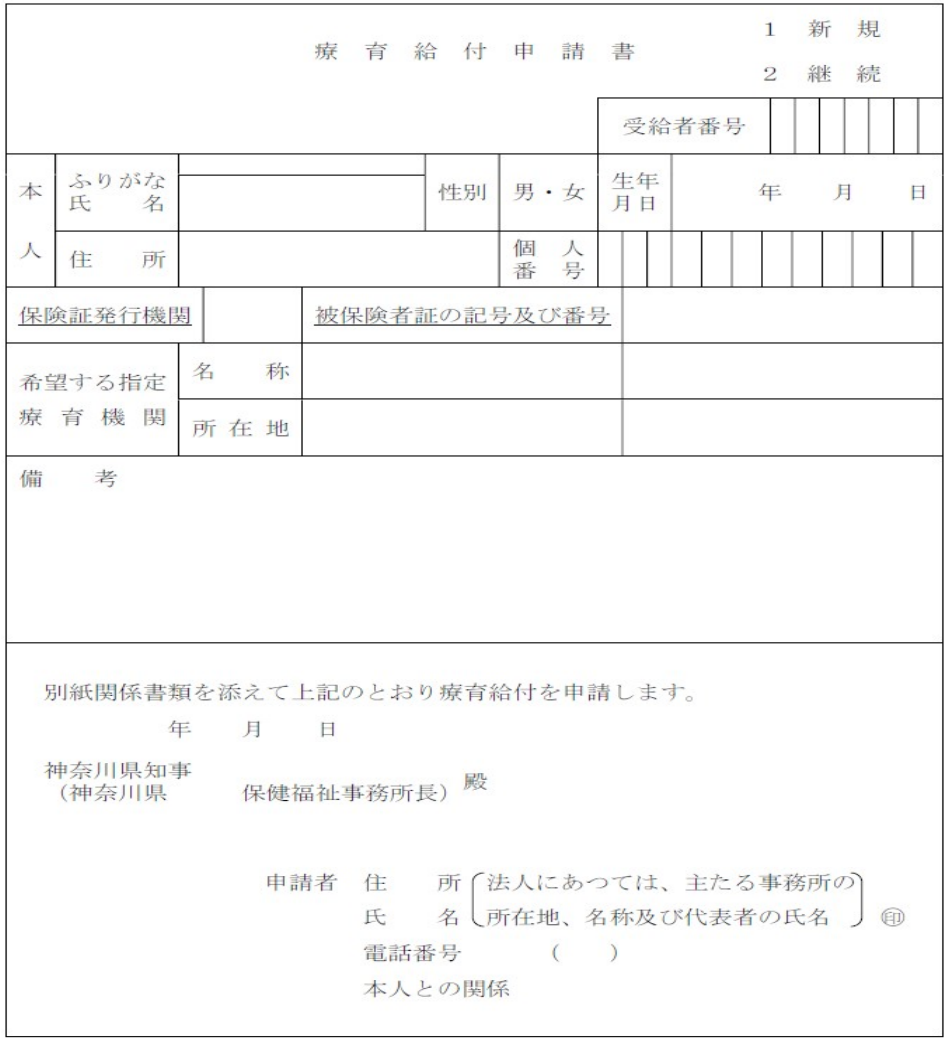
別表（第８条の２関係）

徴収基準額表

世帯の階層区分					基準月額	加算基準月額
（略）						
Ｃ階層	前年分の所得税非課税世帯であつて、現年度分の市町村民税の均等割又は所得割課税世帯	Ｃ１階層	現年度分の市町村民税の均等割のみ課税世帯		4,500	450
		Ｃ２階層	現年度分の市町村民税所得割課税世帯		5,800	580
Ｄ階層	Ａ階層又はＢ階層に属する世帯を除き、前年分の所得税課税世帯	Ｄ１階層	前年分の所得税の年額	2,400円以下	6,900	690
		Ｄ２階層	同	2,401円以上4,800円以下	7,600	760
		Ｄ３階層	同	4,801円以上8,400円以下	8,500	850
		Ｄ４階層	同	8,401円以上12,000円以下	9,400	940
		Ｄ５階層	同	12,001円以上16,200円以下	11,000	1,100
		Ｄ６階層	同	16,201円以上	12,500	1,250

新								旧							
					28,200円以下							21,000円以下			
			D8階層	同	28,201円以上 58,400円以下	16,200	1,620			D7階層	同	21,001円以上 46,200円以下	16,200	1,620
			D9階層	同	58,401円以上 75,000円以下	18,700	1,870			D8階層	同	46,201円以上 60,000円以下	18,700	1,870
			D10階層	同	75,001円以上 96,600円以下	23,100	2,310			D9階層	同	60,001円以上 78,000円以下	23,100	2,310
			D11階層	同	96,601円以上 121,800円以下	27,500	2,750			D10階層	同	78,001円以上 100,500円以下	27,500	2,750
			D12階層	同	121,801円以上 175,500円以下	35,700	3,570			D11階層	同	100,501円以上 190,000円以下	35,700	3,570
			D13階層	同	175,501円以上 221,100円以下	44,000	4,400			D12階層	同	190,001円以上 299,500円以下	44,000	4,400
			D14階層	同	221,101円以上 380,800円以下	52,300	5,230			D13階層	同	299,501円以上 831,900円以下	52,300	5,230
			D15階層	同	380,801円以上 549,000円以下	80,700	8,070			D14階層	同	831,901円以上 1,467,000円以下	80,700	8,070
			D16階層	同	549,001円以上 579,000円以下	85,000	8,500			D15階層	同	1,467,001円以上 1,632,000円以下	85,000	8,500
			D17階層	同	579,001円以上 700,900円以下	102,900	10,290			D16階層	同	1,632,001円以上 2,302,900円以下	102,900	10,290
			D18階層	同	700,901円以上 849,000円以下	122,500	12,250			D17階層	同	2,302,901円以上 3,117,000円以下	122,500	12,250
			D19階層	同	849,001円以上 1,041,000円以下	143,800	14,380			D18階層	同	3,117,001円以上 4,173,000円以下	143,800	14,380
			D20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			D19階層	同	4,173,001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

新	旧
い場合は17,120円	い場合は17,120円
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。	備考　１　同一の世帯にＣ階層に属する扶養義務者が２人以上いる場合において、扶養義務者がそれぞれＣ１階層及びＣ２階層に属するときは、当該世帯の階層はＣ２階層とする。
２　基準月額の欄の「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。	２　同一の世帯に前年分の所得税を課されている扶養義務者が２人以上いる場合における当該世帯の階層は、それぞれの扶養義務者の前年分の所得税額の合算額により決定する。

新	旧
第１号様式（第２条、第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）  療育給付申請書　1 新規 2 継続 受給者番号 本人 ふりがな 氏名 / 性別 男・女 / 生年月日 年 月 日 本人 住所 / 個人番号 医療保険各法による記号及び番号 保険者等の名称 希望する指定療育機関 名称 / 所在地 備考 別紙関係書類を添えて上記のとおり療育給付を申請します。 年 月 日 神奈川県知事（神奈川県 保健福祉事務所長）殿 申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名） 氏名 ㊞ 電話番号 （ ） 本人との関係 全部改正〔昭和58年規則60号〕、一部改正〔平成11年規則23号・15年33号・17年166号・20年10号・24年16号・29年52号・令和元年15号〕 第２号様式　（略）	第１号様式（第２条、第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型）  療育給付申請書　1 新規 2 継続 受給者番号 本人 ふりがな 氏名 / 性別 男・女 / 生年月日 年 月 日 本人 住所 / 個人番号 保険証発行機関 / 被保険者証の記号及び番号 希望する指定療育機関 名称 / 所在地 備考 別紙関係書類を添えて上記のとおり療育給付を申請します。 年 月 日 神奈川県知事（神奈川県 保健福祉事務所長）殿 申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名） 氏名 ㊞ 電話番号 （ ） 本人との関係 全部改正〔昭和58年規則60号〕、一部改正〔平成11年規則23号・15年33号・17年166号・20年10号・24年16号・29年52号・令和元年15号〕 第２号様式　（略）

新	旧
第３号様式（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型） 世　帯　調　書 世帯の状況： 氏名 / 続き柄 / 性別 / 同居別居の別 / 生年月日 / 職業勤務先 （５行） 備考 注　この世帯調書に、次の証明書を添付してください。 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３号様式（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦長型） 世　帯　調　書 世帯の状況： 氏名 / 続き柄 / 性別 / 同居別居の別 / 生年月日 / 職業勤務先 （５行） 備考 注　この世帯調書に、次の証明書を添付してください。 １　お勤めの方は、勤務先の給与所得の源泉徴収票 ２　上記１以外の方は、所得税の課税額についての税務署長の証明書 ３　所得税が課税されていない方は、上記１又は２の証明書と市町村民税の課税証明書 ４　生活保護を受けている方は、その旨を証明する書類
全部改正〔昭和58年規則60号〕、一部改正〔昭和60年規則19号・平成11年23号・令和元年15号〕 第４号様式～第５号様式（略）	全部改正〔昭和58年規則60号〕、一部改正〔昭和60年規則19号・平成11年23号・令和元年15号〕 第４号様式～第５号様式（略）

新

第６号様式（第９条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４横長型）

療育医療給付台帳

コード番号	制度別番号	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
	17	14	601	0				

受療者	氏名		申請者	氏名		所得階層区分	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			
	住所			生年月日	年　月　日		
	出生時体重			住所			
	疾患名	1 骨関節結核 2 1以外の結核		連絡先			
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健保 2国保 3共済 4生保 5その他	指定療育医療機関	
	療育券有効期間	・・～・・		保険者の名称			
	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									

第７号様式～第10号様式（略）

旧

第６号様式（第９条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４横長型）

療育医療給付台帳

コード番号	制度別番号	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
	17	14	601	00				

受療者	氏名		申請者	氏名	続柄	所得階層区分	1 A 2 B 3 C（　　円） 4 D（　　円）
	生年月日	年　月　日（男・女）		生年月日	年　月　日		
	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健保 2国保 3共済 4生保 5その他	指定療育医療機関	
	療育券有効期間	・・～・・		保険者の名称			
	診療予定期間	・・～・・		被保険者記号・番号			

請求月	診療月	診療実日数	決定点数	社会保険等負担分	差引額	自己負担額	請求月	日用品	学習品	備考
	・									
	・									
	・									
	・									
計										

第７号様式～第 10 号様式（略）