

福岡県医発第 1762 号 (地)

平成18年 1 月 6 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康



障害者自立支援法の施行に係る精神通院医療費公費負担申請の取り扱いについて

標記の件につきまして、福岡県障害者福祉課より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、平成18年4月1日からの障害者自立支援法施行に伴い、支給認定等の申請取り扱いについて平成18年1月以降、新たな認定の必要性が出てくる旨の通知であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、関係医療機関等への周知方等につきましてご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本通知は、関係医療機関には福岡県保健福祉部障害者福祉課より別添のとおり直接通知されていることを申し添えます。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明



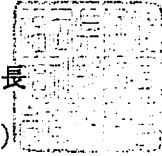
17障第3288号

平成17年12月21日

社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県障害者福祉課長

(精神保健福祉係)



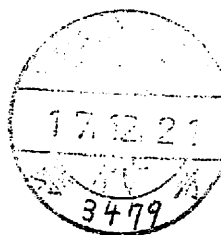
障害者自立支援法の施行に係る精神通院医療費公費負担申請の取り扱いについて

本県の精神保健福祉行政につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成18年4月1日から障害者自立支援法が施行され、「精神通院医療費公費負担制度」は「自立支援医療費制度」に変わります。平成18年4月1日以降に引き続き制度を利用される方は、これから新制度に基づく認定を受けていただく必要があります。

つきましては、申請窓口である市町村にはこの事務手順等を送付し、関係医療機関には別添のとおり、利用者に対する申請事務に関し協力を依頼しますので御了知いただきますようお願いいたします。

理事会協議 (12/22)



各医療機関の長 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長

障害者自立支援法の施行に係る精神通院医療費公費負担申請の取り扱いについて

標記について、自立支援医療に係るみなし支給認定等の申請の取り扱いにあたって、このたび、別添のとおり市町村宛作業スケジュールを送付いたしました。つきましては、利用者の方々の申請事務に関し、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

申請事務の流れ

・・・患者さんへのご協力のほどよろしくお願いいたします。

①各種健康保険証の写し及び同意書（別紙１）を持って役場まで出向き、所得確認のために必要な提出書類を確認し、準備。

（＊１ 生活保護世帯の方は保護証明書のみ準備していただければその他の書類は必要ありません。）

（＊２ ここで市町村民税非課税世帯となった方は、②の「重度かつ継続」に関する意見書は必要ありません。）



②医療機関で相談の上、

(1) 現行制度での継続申請中の人の場合

↓
新制度の申請書（別紙２）記入。その際、医師と相談の上該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用・別紙３）に記入してもらう。

(2) 有効期限が 18 年 4 月 1 日以降の人

↓
新制度の申請書（別紙２）を記入するとともに医師に現行制度診断書を記入してもらう。さらに、医師と相談の上必要がある場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・別紙３－２）も記入してもらう。

(3) 有効期限が 18 年 1 月 31 日、2 月 28 日で継続未申請の人並びに 3 月 31 日までの新規申請の人

↓
現行制度の申請書及び新制度の申請書（別紙２）記入。並びに現行制度診断書についても医療機関に記入してもらう。その際、医師と相談の上該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・別紙３－２）も記入してもらう。

(4) 有効期限が 18 年 3 月 31 日の人並びに 4 月 1 日以降の新規申請の人

↓
新制度の申請書（別紙２）記入。並びに現行制度診断書についても医療機関に記入してもらう。その際、医師と相談の上該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・別紙３－２）も記入してもらう。

＊１ ただし、(2)～(4)について、手帳と同時申請の場合は、手帳用診断書＋重度かつ継続に関する意見書（みなし認定用・別紙３）を記入してもらう。）

＊２ 手続きを医療機関の了承を得て委任する場合は、委任状も添付



③申請書・意見書・添付書類等を一まとめにした上、役場に提出。

精神通院医療費公費負担制度を ご利用の皆様へ

- 平成18年4月1日からの障害者自立支援法の施行に伴い、精神通院医療費公費負担制度は、平成18年4月1日以降「自立支援医療給付」という新しい制度に変わります。
- これに伴い、平成18年4月1日以降に引き続き制度の利用を希望される方は全て（精神通院医療費の公費負担の患者票記載の期限が平成18年4月1日以降であったとしても例外なく）、平成18年3月までに新制度に基づく認定を受けていただくことが必要になりました。
- 利用を希望される皆様におかれましては、以下の手順に沿って必要書類一式を揃えた上、早めの手続きをお願いします。
ご不明な点は、気軽に市町村役場又は本院にご相談下さい。

<手 順>

(1) ①各種健康保険証の写し及び②同意書を持って役場まで出向き、所得確認のために必要な提出書類を確認し、準備

(2) 医療機関で相談の上、

- ③新制度の申請書
- ④旧制度の申請書
- ⑤現行制度診断書（場合によっては、精神障害者保健福祉手帳用診断書）
- ⑥「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用）
- ⑦「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）
- ⑧申請手続きに係る委任状（医療機関の了承がある方で、希望される方）

のうち、必要なもの（有効期限等によって上記③～⑧のうち一部が省略可能な方もおられます。）を準備する。

(3) 申請書・意見書・添付書類等を一まとめにした上、役場に提出。

上記の手続きを期限までにしていただけない場合、平成18年4月1日以降の制度の利用が出来なくなる恐れがありますので、早めに手続きしていただきますようお願いいたします。

問合せ先：お住まいの市町村役場
（精神保健福祉の担当課）

申請並びに患者票、受給者証等の収受を委任される場合は、下記に記載してください。

福岡県知事 殿

委 任 状

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

障害者自立支援法に基づく自立支援医療給付に関する申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票の収受・管理に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

代理人住所 _____

代理人（医療機関氏名、代表者氏名） _____ 印

各 市 町 村 長 殿
(精神通院医療費公費負担担当者)

福岡県保健福祉部障害者福祉課長

障害者自立支援法の施行に係る精神通院医療費公費負担申請の取り扱いについて

標記について、自立支援医療に係るみなし支給認定等の申請の取り扱いにあたって、下記のとおり作業スケジュールを作成いたしましたので、ご参照の上、作業方よろしくお願いいたします。各市町村におかれましてはお忙しいところ誠に恐縮ですが、円滑な制度施行のため何卒ご協力お願いいたします。

記

作 業 内 容	期 間	詳 細
1：対象者への周知・様式の送付	17 年 12 月 21 日 ～ 17 年 1 月上旬	①有効期限が 18 年 4 月 1 日以降の人並びに現行制度での継続申請中の人に対し、 A:みなし支給等のための手続きが必要である旨の説明 B:新制度申請書・みなし認定用医師意見書 C:世帯/所得確認のための同意書様式を送付 ②有効期限が 18 年 1 月 31 日、2 月 28 日で継続未申請の人並びに 3 月 30 日までの新規申請の人に対し、 A:みなし支給等のための手続きが必要である旨の説明 B:旧制度申請書・診断書 C:新制度申請書・追加用医師意見書 D:世帯/所得確認のための同意書様式を送付・又は手渡し。 ③有効期限が 18 年 3 月 31 日の人並びに 3 月 31 以降の新規申請の人に対し、 A:新制度に基づく手続きが必要である旨の説明 B:新制度申請書・旧制度診断書・追加用医師意見書 C:世帯/所得確認のための同意書様式を送付・又は手渡し。
2：受付の受理・世帯、所得等の確認→保健福祉環境事務所への進達	18 年 1 月 4 日 ～ 18 年 3 月 31 日	①みなし・本則支給認定について、 A:添付書類の確認 B:世帯・所得の確認 C:申請書の「自治体記入欄」の記入 ②保健福祉環境事務所への進達 ③みなし申請未提出者への申請勧奨 * 手続きを円滑・速やかに行うため、 期限 4～7 月 → 1 月受理・進達 期限 8～11 月 → 2 月受理・進達 期限 12～3 月 → 3 月受理・進達 等のスケジュールも検討のこと。

○みなし支給認定にあたっての原則

- ① 18年4月30日～19年3月31日までの期限の人については、原則として、みなし支給認定並びに本則支給認定を同時に行うことにより、現行制度における期限までのみなし認定と1年の本則支給認定を行う。

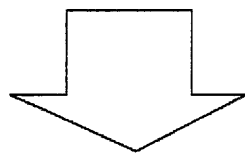
例えば・・・18年9月30日期限の人は、
○18年 4月1日～18年9月30日・・・みなし認定
○18年10月1日～19年9月30日・・・本則認定

- ② 19年4月30日～19年12月31日までの期限の人については、原則として、みなし支給認定並びに本則支給認定を同時に行うことにより、現行制度における期限の1年前までのみなし認定と1年の本則支給認定を行う。

例えば・・・19年5月31日期限の人は、
○18年 4月1日～18年5月31日・・・みなし認定
○18年 6月1日～19年5月31日・・・本則認定

- ③ 20年1月31日～20年3月31日までの期限の人については、原則として、みなし支給認定は行わず、18年4月1日から1年以内の現行期限までの本則支給認定を行う。

例えば・・・20年1月31日期限の人は、
○18年 4月1日～19年1月31日・・・本則認定
例えば・・・20年2月28日期限の人は、
○18年 4月1日～19年2月28日・・・本則認定
例えば・・・20年3月31日期限の人は、
○18年 4月1日～19年3月31日・・・本則認定



これにより、期限の終期となる月を、現行と同じ月に振り分けることができる。さらに、

- ③ただし、特段の事情もしくは本人の希望等により、上記①、②の手続きがとり難い人については、みなし認定を行わず、18年4月1日からの本則認定も可能であることとする。その場合、18年4月1日～18年9月30日までの間の申請については、1年～1年6ヶ月の間で期限が調整出来ることから、極力、現行制度の終期となる月に近い月までの認定となり、かつ更新が集中しない様、調整を行う。

<参考>

みなし支給認定と本則支給認定を18年1月～3月の間に同時に行う方の手帳同時申請についての取り扱いについて

例えば、現状での通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳双方の有効期限が平成18年9月30日の方が、平成18年3月に、

- ・平成18年4月1日～18年9月30日までのみなし支給認定
- ・平成18年10月1日～19年9月30日までの本則支給認定

を同時に申請する場合に、手帳との同時申請が可能か（10月から有効な手帳の申請を3月に受け付けることは出来ないため、手帳の有効期間をいつからいつにするのかという問題がある。）という点について、現在厚生労働省にも確認し、協議中となっております。

今後確認が取れ次第、取り扱いについて通知しますので、みなし支給認定と本則支給認定を同時に行う方で、手帳との同時申請を希望される方については、本県の方針が固まるまでの間、申請を猶予していただきますようご指導方よろしくお願いいたします。

○申請書等について

- ①新制度申請書等については、本県においても印刷発注の予定ですが、12月中に対象者に様式等を送付するにあたっては印刷の暇がないことから、当面は各市町村においてコピー対応していただきますようお願いいたします。（その場合複写式ではないため、申請書提出後、再度必要部数（＋3部）をコピーしていただく必要があります。）
- ②また、申請書等については、印刷発注が出来次第送付の予定ですが、旧更生医療相当分もあることから、適宜市町村にても印刷いただきますようお願い申し上げます。

参考:必要書類一覧表

	申請書	診断書等	その他必要なもの
療現 の公在 方費、 負担 患者 障害 者票 を 通 院 持 医	有効期限 H18/1/31、H18/2/28 で継続申請中の方	新 ・重度かつ継続に関する意見書(みなし認定用) ・(患者票)	・各種健康保険証の写し ・所得確認のための書類
	有効期限 H18/1/31、H18/2/28 で継続未申請の方	旧+新 ・旧制度の診断書 ・重度かつ継続に関する意見書(追加用)	・各種健康保険証の写し ・所得確認のための書類
	有効期限 H18/3/31 以降の方	新 ・旧制度の診断書 ・重度かつ継続に関する意見書(追加用) ・患者票	・各種健康保険証の写し ・所得確認のための書類
新規申請(H18/3/31受付まで)の方	旧+新	・旧制度の診断書 ・重度かつ継続に関する意見書(追加用)	・各種健康保険証の写し ・所得確認のための書類
新規申請(H18/4/1受付以降)の方	新	・旧制度の診断書 ・重度かつ継続に関する意見書(追加用)	・各種健康保険証の写し ・所得確認のための書類

本人宛送付文例

①有効期限が18年4月1日以降の人並びに現行制度での継続申請中の人向け例

②有効期限が18年1月31日、2月28日で継続未申請の人並びに3月31日までの新規申請の人向け例

③有効期限が18年3月31日の人並びに4月1以降の新規申請の人向け例

①有効期限が18年4月1日以降の人並びに現行制度での継続申請中の人向け例

精神通院医療費公費負担制度をご利用の皆様へ

- 平成18年4月1日からの障害者自立支援法の施行に伴い、精神通院医療費公費負担制度は、平成18年4月1日以降「自立支援医療給付」という新しい制度に変わります。
- これに伴い、平成18年4月1日以降に引き続き制度の利用を希望される方は全て（精神通院医療費の公費負担の患者票記載の期限が平成18年4月1日以降であったとしても例外なく）、平成18年3月までに新制度に基づく認定を受けていただくことが必要になりました。
- 今回、必要な様式をお送りしておりますので、以下の手順に沿って必要書類一式を揃えた上、18年〇〇月中に下記申請書提出先まで提出をお願いします。
ご不明な点は、お気軽にご利用の医療機関（現行制度分の診断書は医療機関にございます。また、今回お送りした新制度に係る様式についても配布済みです。）又は下記宛お尋ね下さい。

手 順

- ①各種健康保険証の写し及び同意書（別紙1）を持って役場まで出向き、所得確認のために必要な提出書類を確認し、準備。
（*1 生活保護世帯の方は保護証明書のみ準備していただければその他の書類は必要ありません。）
（*2 ここで市町村民税非課税世帯となった方は、②の「重度かつ継続」に関する意見書は必要ありません。）

- ②現行制度で継続申請中の方については、まず、医療機関で相談の上、新制度の申請書（別紙2）を記入。その際、医師と相談の上該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用・別紙3）に記入してもらう。

一方、18年4月1日以降の有効期限で、まだ継続の申請をされていない方については、医療機関に相談の上、新制度の申請書（別紙2）を記入するとともに、医師に現行制度診の断書を記入してもらう。さらに、医師と相談の上、必要がある場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・別紙3-2）も記入してもらう。（ただし、手帳と同時申請の場合は、手帳用診断書+「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用・別紙3）を記入してもらう。）

- ③申請書・意見書・添付書類・患者票（申請中でない方）を一まとめにした上、役場に提出。

*上記①～③の手続きを医療機関の了承を得て委任する場合は、委任状も添付して下さい。

- 上記の手続きを期限までにしていただけない場合、平成18年4月1日以降の制度の利用が出来なくなる恐れがありますので、早めに手続きしていただきますようお願いいたします。

申請書提出先並びに問い合わせ先

〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇号
〇〇〇〇市役所〇〇〇〇課〇〇〇係
電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

精神通院医療費公費負担制度をご利用の皆様へ

- 平成18年4月1日からの障害者自立支援法の施行に伴い、精神通院医療費公費負担制度は、平成18年4月1日以降「自立支援医療給付」という新しい制度に変わります。
- これに伴い、今回更新（新規）申請を希望される方は、従来の制度による申請に加え、平成18年4月1日以降の新制度に係る申請をしていただくことが必要になりました。
- 今回、必要な様式をお送りしておりますので、以下の手順に沿って必要書類一式を揃えた上、速やかに下記申請書提出先まで提出をお願いします。
ご不明な点は、お気軽にご利用の医療機関（現行制度分の申請書・診断書は医療機関にございます。また、今回お送りした新制度に係る様式についても配布済みです。）又は下記宛お尋ね下さい。

手 順

- ①各種健康保険証の写し及び同意書（別紙1）を持って役場まで出向き、所得確認のために必要な提出書類を確認し、準備。
（*1 生活保護世帯の方は保護証明書のみ準備していただければその他の書類は必要ありません。）
（*2 ここで市町村民税非課税世帯となった方は、②の「重度かつ継続」に関する意見書は必要ありません。）
 - ②医療機関で相談の上、現行制度の申請書及び新制度の申請書（別紙2）を記入。並びに現行制度の診断書についても医療機関に記入してもらう。その際、医師と相談の上、該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・・・別紙3-2）も記入してもらう。（ただし、手帳と同時申請の場合は、手帳用診断書+「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用・・・別紙3）を記入してもらう。）
 - ③申請書・意見書・添付書類等を一まとめにした上、役場に提出。
*上記①～③の手続きを医療機関の了承を得て委任する場合は、委任状も添付して下さい。
- 上記の手続きを期限までにしていただけない場合、平成18年4月1日以降の制度の利用が出来なくなる恐れがありますので、早めに手続きしていただきますようお願いいたします。

申請書提出先並びに問い合わせ先

〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇号
〇〇〇〇市役所〇〇〇〇課〇〇〇係
電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

精神通院医療費公費負担制度をご利用の皆様へ

- 平成18年4月1日からの障害者自立支援法の施行に伴い、精神通院医療費公費負担制度は、平成18年4月1日以降「自立支援医療給付」という新しい制度に変わります。
- これに伴い、今回更新（申請）を希望される方は新制度に基づく認定を受けていただくことが必要になりました。
- 今回、必要な様式をお送りしておりますので、以下の手順に沿って必要書類一式を揃えた上、18年〇〇月中に下記申請書提出先まで提出をお願いします。ご不明な点は、お気軽にご利用の医療機関（現行制度分の申請書・診断書は医療機関にございます。また、今回お送りした新制度に係る様式についても配布済みです。）又は下記宛お尋ね下さい。

手 順

- ①各種健康保険証の写し及び同意書（別紙1）を持って役場まで出向き、所得確認のために必要な提出書類を確認し、準備。
 - （* 1 生活保護世帯の方は保護証明書のみ準備していただければその他の書類は必要ありません。）
 - （* 2 ここで市町村民税非課税世帯となった方は、②の「重度かつ継続」に関する意見書は必要ありません。）
 - ②医療機関で相談の上、新制度の申請書（別紙2）を記入。並びに現行制度の診断書についても医療機関に記入してもらう。その際、医師と相談の上、該当すると思われる場合は、「重度かつ継続」に関する意見書（追加分・別紙3-2）も記入してもらう。
ただし、手帳と同時申請の場合は、手帳用診断書+「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用・別紙3）を記入してもらう。
 - ③申請書・意見書・添付書類等を一まとめにした上、役場に提出。
 - *上記①～③の手続きを医療機関の了承を得て委任する場合は、委任状も添付して下さい。
- 上記の手続きを期限までにしていただけない場合、平成18年4月1日以降の制度の利用が出来なくなる恐れがありますので、早めに手続きしていただきますようお願いいたします。

申請書提出先並びに問い合わせ先

〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇号
〇〇〇〇市役所〇〇〇〇課〇〇〇係
電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

同意書

〇〇〇市・町・村長 殿

平成 年 月 日

私は、障害者自立支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住所：_____

氏名：_____ 印

(世帯員の名簿)

住所：_____

氏名：_____ 印

住所：_____

氏名：_____ 印

住所：_____

氏名：_____ 印

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）									
※1									
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名							明治 大正 昭和 平成	年
	フリガナ						電話番号		
	受診者住所								
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係		
	保護者氏名								
	フリガナ						電話番号		
	保護者住所 ※2						※2		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名				
	受診者と同一保険の加入者								
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号					精神障害者保健福祉手帳番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）		医療機関名				所在地・電話番号			
受給者番号 ※5									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。									
申請者氏名 印 ※6									
平成 年 月 日									
〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿									

※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5 再認定または変更の方のみ記入。
※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄									
申請受付年月日		進達年月日		認定年月日					
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度かつ継続	該当 ・ 非該当		
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度かつ継続	該当 ・ 非該当		
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）								
前回の受給者番号					今回の受給者番号				
備考									

「重度かつ継続」に関する意見書(みなし認定用)

患者氏名	性別
住所	年齢

主たる精神障害(ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)	
①	症状性を含む器質性精神障害 (F0)
②	精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
③	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
④	気分障害 (F3)
⑤	てんかん (G40)
⑥	その他: (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。

従たる精神障害
現在の病状(継続的な医療の必要性が分かるように記載すること。)
治療方針 (計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること。)
薬物療法
精神療法等
医師の略歴 (精神保健指定医である等 3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

上記のとおり診断します。	
平成 年 月 日	(医療機関名)
	(電話番号)
	(医師氏名)

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

患者氏名	性別
住所	年齢

主たる精神障害(ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- ④ 気分障害 (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他: (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

医師氏名

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
 - ・課税されていない：3へ（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
 - ・課税されている：4へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。）
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
 - ・80万円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万円を超える：「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市町村民税額（所得割） 2万円未満：「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額（所得割） 20万円未満：「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額（所得割） 20万円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲（詳しいことは、通院中の医療機関の主治医にお尋ね下さい。）

① 精神通院医療・・・F0 症状性を含む器質性障害

F1 精神作用性物質使用による精神および行動の障害

F2 統合失調症、統合失調型障害および行動の障害

F3 気分障害

G40 てんかん

その他 3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された者

② 育成医療・更生医療・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害

③ 医療保険の高額療養費で多数該当の方

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額 高額医療の超過措置		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			負担上限額 10,000円	負担上限額 40,200円	
			重 度 か つ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	

障害に係る公費負担医療制度の再編

<現 行>

精神通院公費
(精神保健福祉法)

更生医療
(身体障害者福祉法)

育成医療
(児童福祉法)

平成十八年四月に新体系に移行

<見直し後>

自立支援医療費制度

- ・支給認定の手續を共通化
- ・利用者負担の仕組みを共通化
- ・指定医療機関制度の導入

・医療の内容や、支給認定の実施主体(※)については、現行どおり

※ 精神、育成 → 都道府県
更生 → 市町村

今回の改正のポイント

～よく聞かれる御質問と正確な情報をお伝えするために～

【ポイント】

- 更生医療、育成医療、精神通院医療は、それぞれの現行根拠法から、自立支援医療として障害者自立支援法案にその根拠を移すのであって、廃止されるわけではありません。
- 自立支援医療においては、
 - ・ 一律5%負担の精神通院医療、所得に応じた負担の更生医療・育成医療という、制度間の不均衡を解消し、医療費と所得の双方に着目した自己負担の仕組みとして障害者の負担の公平を図り、
 - ・ 制度の持続可能性を高めるため、障害者を含め、費用を皆で支え合う仕組みとして、制度の効率性、安定性を確保して、持続可能性を高めることを図る、ことを目的としています。
- 自立支援医療の対象となる疾病の範囲は、これまでの制度と同じです。
- 自己負担は、原則として1割負担ですが、負担水準への配慮として、
 - ・ 低所得世帯に属する方については、月当たりの負担額に上限を設定
 - ・ 一定の負担能力がある方であっても、「重度かつ継続」に該当する場合には、継続的に相当額の医療費負担が発生することから、月当たりの負担額に上限を設定などの仕組みを組み込んでいます。