

福岡県医発第1827号(地)

平成18年1月13日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 竹 嶋 康



自立支援医療に係る各種様式について

標記の件につきまして、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長より日本医師会を通じ、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、自立支援医療について、申請書、チェックシート、受給者証、変更届、利用者負担の月額上限管理票、通知書、育成医療意見書、「重度かつ継続」に関する意見書の様式を示したものであります。

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、障害者自立支援法及び自立支援医療の参考資料が、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課医療費係より別添のとおり送付されてまいりましたので、ご参考までにお送りいたします。

---

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明・蒲池 壽



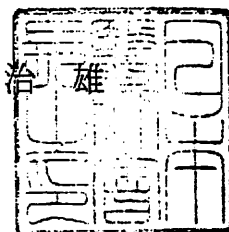
日医発第839号(地Ⅲ173)

平成17年12月27日

都道府県医師会  
会長 殿

日本医師会

会長 植松 治雄



### 自立支援医療に係る各種様式について

時下益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、障害者自立支援法の施行に向けての「厚生労働省精神保健福祉課情報 (vol. 1, 2)」につきましては、平成17年12月20日付(地Ⅲ165)をもって貴会宛にお送り申し上げました。

今般、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長より各都道府県等育成医療・更生医療・精神通院医療主管部(局)長宛に、自立支援医療に係る各種様式について通知が出され、本会に対しても協力方依頼がありました。

本通知は、自立支援医療(従来の育成医療、更生医療、精神通院医療)について、申請書、チェックシート、受給者証、変更届、利用者負担の月額上限管理票、通知書、育成医療意見書、「重度かつ継続」に関する意見書の様式を示したものであります。

育成医療以外の自立支援医療に係る医師の意見書については、精神通院医療は、現在通知で示している様式を、更生医療は、現在それぞれの地方自治体で用いられている様式を、それぞれ活用することになっています。

また、一定の疾病・障害に該当する場合(いわゆる「重度かつ継続」、具体的には、①精神通院医療・・・統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)、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)は、月当たりの自己負担に上限が設定されることになっています。育成医療については、障害種別の記載欄が追加されています。



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、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、障害者自立支援法につきましては、今後、厚生労働省より施行通知が出される予定と聞いておりますが、障害者自立支援法及び自立支援医療の参考資料が、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課医療費係より事務連絡されておりますので、併せてお送りいたします。

よろしくご査収のほどお願い申し上げます。



障 精 発 第1201002号

平成17年12月1日

社団法人 日本医師会 会長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神保健福祉課長



### 自立支援医療に係る各種様式について

平素は障害保健福祉施策の推進に格別のご尽力をいただき、感謝申し上げます。

さて、今般、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）による自立支援医療（従来の育成医療、更生医療、精神通院医療）について、申請書、受給者証、変更届出書、利用者負担の月額上限管理票などの様式を各地方公共団体に通知いたしましたので、お知らせいたします。

自立支援医療の申請手続において必要となる医師の意見書につきましては、一定の疾病・障害に該当する場合（いわゆる「重度かつ継続」。その範囲は別紙）には、月当たりの自己負担に上限が設定されますので、意見書への記入に際し、ご配慮をお願いいたします。

また、こうした観点から、育成医療に係る意見書様式について、従来は疾病名の記載欄のみであったため、障害種別の記載欄を追加いたしました。

今後とも、障害者自立支援法の円滑な施行に向けて、ご協力方よろしくお願いいたします。

平成17年12月1日

各 { 都道府県  
指定都市  
中核市 } 育成医療・更生医療  
・精神通院医療 主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神保健福祉課長



自立支援医療に係る各種様式について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）による自立支援医療（従来の育成医療、更生医療、精神通院医療）について、申請書、チェックシート、受給者証、変更届、利用者負担の月額上限管理票、通知書、育成医療意見書、「重度かつ継続」に関する意見書の様式を示しますので、同法の施行準備作業等に活用願います。

また、育成医療以外の自立支援医療に係る医師の意見書については、

- ・ 精神通院医療は、現在通知で示している様式を、
- ・ 更生医療は、現在それぞれの地方自治体で用いられている様式を、それぞれ活用いただくこととしています。

なお、今回通知する各様式については、追って通知予定の実施要綱等の一部に含めることとしている旨、申し添えます。

※1

|          |                                                                                        |       |          |        |          |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------|----------|
| 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<br>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      |                                                                                        |       |          |        |          |

## 〈 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

- ① 精神通院医療・・・統合失調症、 躁うつ病・うつ病、 てんかん、  
認知症等の脳機能障害、 薬物関連障害（依存症等）、  
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<br>2,500円 | 負担上限額<br>5,000円 | 負担上限額<br>医療保険の自己負担限度額<br>―― 育成医療の経過措置 ―――<br>負担上限額 負担上限額<br>10,000円 40,200円 |         | 公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合<br>・負担限度額) |
|          |                 |                 | 重 度 か つ 継 続<br>負担上限額 負担上限額<br>5,000円 10,000円                                |         |                                   |
|          |                 |                 |                                                                             |         | 負担上限額<br>20,000円                  |

|                                              |              |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------|----------|--|--------------|--|-------|----------------------|-------|
| 自立支援医療受給者証（ 育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院 ）             |              |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
| 公費負担者番号                                      |              |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
| 自立支援医療費受給者番号                                 |              |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
| 受<br>診<br>者                                  | フリガナ         |                         |          |  |              |  | 性別    | 生年月日                 |       |
|                                              | 氏 名          |                         |          |  |              |  | 男 ・ 女 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 |
|                                              | フリガナ         |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
|                                              | 住 所          |                         |          |  |              |  |       |                      |       |
|                                              | 被保険者証の記号及び番号 |                         |          |  |              |  | 保険者名  |                      |       |
|                                              | 重度かつ継続       |                         | 該当 ・ 非該当 |  |              |  |       |                      |       |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入）                          |              | フリガナ                    |          |  |              |  |       | 続柄                   |       |
|                                              |              | 氏 名                     |          |  |              |  |       |                      |       |
|                                              |              | フリガナ                    |          |  |              |  |       |                      |       |
|                                              |              | 住 所                     |          |  |              |  |       |                      |       |
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>名              | 病院・診療所       |                         |          |  | 所在地・<br>電話番号 |  |       |                      |       |
|                                              | 薬 局          |                         |          |  | 所在地・<br>電話番号 |  |       |                      |       |
|                                              | 訪問看護事業者      |                         |          |  | 所在地・<br>電話番号 |  |       |                      |       |
| 自己負担上限額                                      |              | 月額 円                    |          |  |              |  |       |                      |       |
| 有効期間                                         |              | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで |          |  |              |  |       |                      |       |
| 上記のとおり認定する。<br>平成 年 月 日 ○○○○知事<br>○○○○市町村長 印 |              |                         |          |  |              |  |       |                      |       |

※ 育成医療及び更生医療の受診者のみ裏面も記入のこと。

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

|              |       |
|--------------|-------|
| 公費負担の対象となる障害 |       |
| 医療の具体的方針     |       |
| 特定疾病療養受療証    | 有 ・ 無 |

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口へ提出すること。

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）

|                     |                                             |       |    |                               |    |
|---------------------|---------------------------------------------|-------|----|-------------------------------|----|
| 受<br>診<br>者         | フリガナ                                        | 性別    |    | 生年月日                          |    |
|                     | 氏 名                                         | 男 ・ 女 |    | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |    |
|                     | フリガナ                                        |       |    |                               |    |
|                     | 住 所                                         |       |    |                               |    |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | フリガナ                                        |       |    |                               | 続柄 |
|                     | 氏 名                                         |       |    |                               |    |
|                     | フリガナ                                        |       |    |                               |    |
|                     | 住 所                                         |       |    |                               |    |
| 自立支援医療費受給者番号        |                                             |       |    |                               |    |
| 受給者証の有効期間           |                                             | 平成    | 年  | 月                             | 日  |
|                     |                                             | から    | 平成 | 年                             | 月  |
|                     |                                             |       |    |                               | まで |
| 変<br>更<br>内<br>容    | 事 項                                         | 変 更 前 |    | 変 更 後                         |    |
|                     | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                   |       |    |                               |    |
|                     | 保護者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                   |       |    |                               |    |
|                     | 被保険者証に関する事項<br>（記号及び番号・保険者名・<br>受診者と同一の加入者） |       |    |                               |    |
|                     | 身体障害者手帳・精神障<br>害者保健福祉手帳番号                   |       |    |                               |    |
| 備 考                 |                                             |       |    |                               |    |

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

ED

〇〇〇〇都道府県知事

殿

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

年 月分自己負担上限額管理票

|     |  |       |  |
|-----|--|-------|--|
| 受診者 |  | 受給者番号 |  |
|-----|--|-------|--|

月額自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|     |       |     |
|-----|-------|-----|
| 日 付 | 医療機関名 | 確認印 |
| 月 日 |       |     |

[illegible]

番  
平成 年 月 号  
日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事

印

〇〇〇〇市町村長

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。）。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（育成医療）意見書               |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
|-------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|----------------|-------------------|---|----|--|
| フリガナ<br>受診者氏名                 |        | 性別<br>男・女                                                                                                |  | 年齢<br>歳     |                | 昭和<br>平成<br>年 月 日 |   |    |  |
| 受診者住所                         |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 病 名                           |        | 発症年月日                                                                                                    |  |             | 平成 年 月 日       |                   |   |    |  |
| 障害の種類<br>(該当するものに<br>○をつける)   |        | (1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (6)腎臓機能障害<br>(4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (9)免疫機能障害<br>(7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 |  |             |                |                   |   |    |  |
| 医療の具体的方針                      |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 治<br>療                        | 治療見込期間 | 入 院 治 療 期 間<br>通院治療回数並びに期間<br>訪問看護予定回数並びに期間                                                              |  | 回<br>回      | 日間<br>日間<br>日間 | 通算                |   | 日間 |  |
|                               | 医療費概算額 | 入 院 治 療 費<br>通 院 治 療 費<br>訪 問 看 護 等                                                                      |  | 円<br>円<br>円 | } 計            |                   | 円 |    |  |
| 移送費見込額                        |        | 円                                                                                                        |  |             |                |                   |   |    |  |
| 医療費及び移送<br>費合計額               |        | 円                                                                                                        |  |             |                |                   |   |    |  |
| 治療後における<br>障害の回復状況<br>の見込     |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 平成 年 月 日                      |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 指定自立支援医療機関名                   |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 電話番号                          |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |
| 担当医師名 印                       |        |                                                                                                          |  |             |                |                   |   |    |  |

「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

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                        | コウロウ ハナコ                                                         | 性別            | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女                                                     | 年齢       | 7歳                                        | 生年月日                 |
|                                                                                               | 受診者氏名                       | 厚労 花子                                                            |               |                                                                                           |          |                                           | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                                  | フリガナ                        | トウキョウト チヨダク カスミガセキ                                               | 電話番号          | 〇3-△△△△ 〇〇〇〇                                                                              |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 受診者住所                       | 東京都千代田区霧ヶ関〇 △                                                    |               |                                                                                           |          |                                           |                      |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                                  | フリガナ                        | コウロウ ハナオ                                                         | 受診者との関係       | 父                                                                                         |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 保護者氏名                       | 厚労 花男                                                            |               |                                                                                           |          |                                           |                      |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                                  | フリガナ                        | トウキョウト チヨダク カスミガセキ                                               | 電話番号※2        | 〇3 △△△△ 〇〇〇〇                                                                              |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 保護者住所※2                     | 東京都千代田区霧ヶ関〇 △                                                    |               |                                                                                           |          |                                           |                      |
| 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            | 135790                                                           | 保険者名          | 〇〇〇〇組合                                                                                    |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 受診者と同一保険の加入者                | 厚労 花男 厚労 花美                                                      |               |                                                                                           |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 該当する所得区分※3                  | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ <input checked="" type="radio"/> 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |               |                                                                                           | 重度かつ継続※4 | <input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当 |                      |
| 身体障害者手帳番号                                                                                     | 123456789                   |                                                                  | 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                                                                                  |          |                                           |                      |
|                                                                                               | 〇〇〇〇病院<br>〇〇〇〇薬局<br>△△△△事業所 |                                                                  |               | 東京都千代田区霧ヶ関〇〇〇 〇3 〇〇〇〇 .....<br>東京都千代田区霧ヶ関〇〇〇 〇3 〇〇〇〇 .....<br>東京都千代田区霧ヶ関△△△ 〇3 △△△△ ..... |          |                                           |                      |
| 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。<br>申請者氏名 厚労 花男 印 ※6<br>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>〇〇〇〇都道府県知事<br>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<br>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       |                                                                    |       |          |        |          |

| 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 申請の内容に○をつける。                                                                                                      |                  |                                 |  |                            |     |                                                                         |         |                          |      |             |
| 障害者・児                                                                                                                | フリガナ             | コウロウ ハナコ                        |  | 性別                         | 男・女 | 年齢                                                                      | 7歳      | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成     | 生年月日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
|                                                                                                                      | 受診者氏名            | 厚労 花子                           |  |                            |     |                                                                         |         |                          |      |             |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                                                         | フリガナ             | トウキョウト チヨダク カスミガセキ              |  | 医療を受ける者の名前を書く。             |     |                                                                         | 電話番号    | 03 〇〇〇〇-〇〇〇〇             |      |             |
|                                                                                                                      | 受診者住所            | 東京都千代田区霧ヶ関〇                     |  |                            |     |                                                                         |         |                          |      |             |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                                                         | フリガナ             | コウロウ ハナオ                        |  | 受診者が18歳未満の場合のみ記入する。        |     |                                                                         | 受診者との関係 | 又                        |      |             |
|                                                                                                                      | 保護者氏名            | 厚労 花男                           |  |                            |     |                                                                         |         | 受診者本人と異なる場合に記入。          |      |             |
| 負担額に関する事項                                                                                                            | フリガナ             | トウキョウト チヨダク カスミガセキ              |  | 医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入する。 |     |                                                                         | 電話番号※2  | 03 〇〇〇〇-〇〇〇〇             |      |             |
|                                                                                                                      | 保護者住所※2          | 東京都千代田区霧ヶ関△△△                   |  |                            |     |                                                                         |         |                          |      |             |
| 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 | 135790                          |  | 保険者名                       |     | 受診者本人と異なる場合に記入。                                                         |         | 〇〇〇〇組合                   |      |             |
|                                                                                                                      | 受診者と同一保険の加入者     | 厚労 花男 厚労 花美                     |  | 別添チェックシートを参考に記入する。         |     | 該当すると思われる区分を記入する。                                                       |         | 医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。 |      |             |
|                                                                                                                      | 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                                                                                                            |                  | 123456789                       |  | 精神障害者保健福祉手帳番号              |     | 987654321                                                               |         | 所在地・電話番号                 |      |             |
| 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）                                                                                     |                  | 〇〇〇〇病院<br>〇〇〇〇薬局<br>〇〇〇〇事業所     |  | 複数申請するのであれば、全て記入する。        |     | 東京都千代田区霧ヶ関〇〇〇 03 〇〇〇〇<br>東京都千代田区霧ヶ関〇〇〇 03 〇〇〇〇<br>東京都千代田区霧ヶ関〇〇〇 03 〇〇〇〇 |         | 手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。    |      |             |
| 受給者番号 ※5                                                                                                             |                  |                                 |  | 既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。 |     |                                                                         |         |                          |      |             |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 厚労 花男 印 ※6</p> <p>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事</p> <p>〇〇〇〇市町村長 殿</p> |                  |                                 |  |                            |     |                                                                         |         |                          |      |             |

- ※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<br>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       |                                                                    |                 |

自立支援医療受給者証（ 育成医療 ） ・ 更生医療 ・ 精神通院 ）

|                                                                      |              |                                   |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---|---|---|----------|---|---------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 公費負担者番号                                                              |              | 1                                 | 2 | 3 | 4 | 5        | 6 | 7                                     | 8            |                                                                                           |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号                                                         |              | 9                                 | 8 | 7 | 6 | 5        | 4 | 3                                     | 2            |                                                                                           |  |  |
| 受<br>診<br>者                                                          | フリガナ         | コウロウ ハナコ                          |   |   |   |          |   |                                       | 性別           | 生年月日                                                                                      |  |  |
|                                                                      | 氏 名          | 厚労 花子                             |   |   |   |          |   |                                       | 男 ・ <u>女</u> | <div> <div>明 治</div> <div>大 正</div> <div><u>昭 和</u></div> <div>平 成</div> </div> 〇〇年△△月××日 |  |  |
|                                                                      | フリガナ         | トウキョウト チヨタク カスミガセキ                |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 住 所          | 東京都千代田区轟が関〇△△                     |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 被保険者証の記号及び番号 | 135790                            |   |   |   |          |   |                                       | 保険者名         | 〇〇〇〇組合                                                                                    |  |  |
|                                                                      | 重度かつ継続       | <u>該当</u> ・ 非該当                   |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入）                                                  | フリガナ         | コウロウ ハナオ                          |   |   |   |          |   |                                       | 続柄           |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 氏 名          | 厚労 花男                             |   |   |   |          |   |                                       | 父            |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | フリガナ         | トウキョウト チヨタク カスミガセキ                |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 住 所          | 東京都千代田区轟が関〇△△                     |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
| 指<br>定<br>医<br>療<br>機<br>関<br>名                                      | 病院・診療所       | 〇〇〇〇〇病院                           |   |   |   | 所在地・電話番号 |   | 東京都千代田区轟が関〇〇〇<br>〇 3 - 〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇  |              |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 薬 局          | 〇〇〇〇〇薬局                           |   |   |   | 所在地・電話番号 |   | 東京都千代田区轟が関〇〇〇〇<br>〇 3 - 〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 |              |                                                                                           |  |  |
|                                                                      | 訪問看護事業者      | △△△△△事業所                          |   |   |   | 所在地・電話番号 |   | 東京都千代田区轟が関△△△△<br>〇 3 - △△△△△ - 〇〇〇〇  |              |                                                                                           |  |  |
| 自己負担上限額                                                              |              | 月額 5 0 0 0 円                      |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
| 有効期間                                                                 |              | 平成〇〇年 〇 月 〇 日 から 平成〇〇年 〇 月 〇 日 まで |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |
| <p>上記のとおり認定する。</p> <p>平成〇〇年 〇 月 〇 日</p> <p>〇〇〇〇知事<br/>〇〇〇〇市町村長 印</p> |              |                                   |   |   |   |          |   |                                       |              |                                                                                           |  |  |

※ 育成医療及び更生医療の受診者のみ裏面も記入のこと。

| 自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針） |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 公費負担の対象となる障害                   | 腎臓機能障害                          |
| 医療の具体的方針                       | 慢性腎不全により、週3回の通院による人工透析療法を継続的に行う |
| 特定疾病療養受療証                      | 有 無                             |

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口提出すること。

〇〇年〇〇月分自己負担上限額管理票

|     |       |       |         |
|-----|-------|-------|---------|
| 受診者 | 厚労 花子 | 受給者番号 | 9876543 |
|-----|-------|-------|---------|

月額自己負担上限額 5,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|        |        |     |
|--------|--------|-----|
| 日 付    | 医療機関名  | 確認印 |
| 〇〇月〇〇日 | 〇〇〇〇病院 | 印   |

[illegible]

# 障害者自立支援法案要綱

## 第一 総則

### 一 目的

この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、他の障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とすること。（第一条関係）

### 二 市町村等の責務

1 市町村は、障害者が自ら選択した場所に居住し、又は障害者等がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の生活の実態を把握した上で、公共職業安定所その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、必要な自立支援給付及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うとともに、障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行うこと等の責

務を有すること。（第二条第一項関係）

2 都道府県は、自立支援給付等が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うとともに、市町村と協力して障害者等の権利の擁護のための必要な援助等を行うこと等の責務を有すること。（第二条第二項関係）

3 国は、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行う責務を有すること。（第二条第三項関係）

### 三 国民の責務

すべての国民は、その障害の有無にかかわらず、障害者等がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営めるような地域社会の実現に協力するよう努めなければならないこと。（

### 第三条関係）

### 四 定義

#### 1 障害者及び障害児

「障害者」とは、身体障害者福祉法に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者の

うち十八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者（知的障害者を除く。）のうち十八歳以上である者をいい、「障害児」とは、児童福祉法に規定する障害児及び精神障害者のうち十八歳未満である者をいうこと。（第四条第一項及び第二項関係）

## 2 障害程度区分

「障害程度区分」とは、障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、当該障害者等の心身の状態を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分をいうこと。（第四条第四項関係）

## 3 障害福祉サービス等

「障害福祉サービス」とは、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助をいい、「障害福祉サービス事業」とは、障害福祉サービス（障害者支援施設等において行われる施設入所支援及び厚生労働省令で定める障害福祉サービス（以下「施設障害福祉サービス」という。）を除く。）を行う事業をいうこと。（第五条第一項関係）

## 第二 自立支援給付

## 一 自立支援給付

自立支援給付は、介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、サービス利用計画作成費、高額障害福祉サービス費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、自立支援医療費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給とすること。（第六条関係）

二 介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、サービス利用計画作成費、高額障害福祉サービス費、特定障害者特別給付費及び特例特定障害者特別給付費の支給

## 1 市町村審査会

障害程度区分及び支給要否決定に関する審査判定業務を行わせるため、市町村に介護給付費等の支給に関する審査会（以下「市町村審査会」という。）を置くこと。（第十五条関係）

## 2 支給決定等

### (1) 介護給付費等の支給決定

ア 介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費又は特例訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、市町村の介護給付費等を支給す

る旨の決定を受けなければならないこと。（第十九条第一項関係）

イ 支給決定は、原則として居住地を有する市町村が実施し、障害者支援施設等に入所している障害者については、入所前に有した居住地の市町村が実施すること。（第十九条第二項及び第三項関係）

(2) 申請

支給決定を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、市町村に申請をしなければならないこと。市町村は、障害程度区分の認定及び支給要否決定を行うため、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者の心身の状況、置かれている環境等について調査することとし、市町村は当該調査を指定相談支援事業者等に委託することができること。（第二十条関係）

(3) 障害程度区分の認定

市町村は、市町村審査会が行う障害程度区分に関する審査及び判定の結果に基づき、障害程度区分の認定を行うこと。（第二十一条関係）

(4) 支給要否決定等

ア 市町村は、障害者等の障害程度区分、介護者の状況、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事項を勘案して支給要否決定を行うこと。（第二十二条第一項関係）

イ 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、市町村審査会又は身体障害者更生相談所等の意見を聴くことができること。（第二十二条第二項関係）

ウ 市町村は、支給決定を行う場合には、障害福祉サービスの種類ごとに月を単位とする期間において介護給付費等を支給する障害福祉サービスの量を定めること。（第二十二条第四項関係）

エ 支給決定は、有効期間内に限り、その効力を有すること。そのほか、支給決定の変更、取消し等に関し必要な事項を定めること。（第二十三条から第二十七条まで関係）

### 3 介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費及び特例訓練等給付費の支給

#### (1) 介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費及び特例訓練等給付費の支給

ア 介護給付費及び特例介護給付費の支給は、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護（医療に係るものを除く。）、生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護又は施設入所支援に関する費用の給付とすること。（第二十八条第一項関係）

イ 訓練等給付費及び特例訓練等給付費は、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援又は共同生活援助に関する費用の給付とすること。（第二十八条第二項関係）

(2) 介護給付費又は訓練等給付費

ア 市町村は、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。

）が、都道府県知事が指定する指定障害福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設等（以下「指定障害福祉サービス事業者等」という。）から指定障害福祉サービス等を受けたときは、介護

給付費又は訓練等給付費を支給すること。（第二十九条第一項関係）

イ 介護給付費又は訓練等給付費の額は、障害福祉サービスの種類ごとに指定障害福祉サービス等に通常要する費用につき、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の百分の九十に相当する額とすること。（第二十九条第三項関係）

ウ 支給決定障害者等が同一の月に受けた指定障害福祉サービス等に要した費用の額の合計額から介護給付費及び訓練等給付費の合計額を控除して得た額が、家計に与える影響その他の事情をしん酌して政令で定める額を超えるときは、当該同一の月における介護給付費又は訓練等給付費の

額は、イにより算定した費用の額の百分の九十に相当する額を超え百分の百に相当する額以下の範囲内において政令で定める額とすること。（第二十九条第四項関係）

エ 支給決定障害者等が指定障害福祉サービス事業者等から指定障害福祉サービス等を受けたときは、市町村は、介護給付費又は訓練等給付費について、当該支給決定障害者等に代わり、当該指定障害福祉サービス事業者等に支払うことができること。（第二十九条第五項関係）

(3) 特例介護給付費又は特例訓練等給付費

市町村は、支給決定障害者等が基準該当障害福祉サービスを受けたときその他必要があると認めるときは、特例介護給付費又は特例訓練等給付費を支給することができること。（第三十条関係）

4 サービス利用計画作成費、高額障害福祉サービス費、特定障害者特別給付費及び特例特定障害者特別給付費の支給

(1) サービス利用計画作成費

市町村は、厚生労働省令で定める数以上の種類の障害福祉サービスを利用する者その他の障害者であつて市町村が必要と認めたものが、都道府県知事が指定する相談支援事業者から指定相談支援

を受けたときは、サービス利用計画作成費を支給すること。（第三十二条関係）

(2) 高額障害福祉サービス費

市町村は、支給決定障害者等が受けた障害福祉サービス及び介護保険の介護給付等対象サービスに要した費用の合計額から当該費用につき支給された介護給付費等及び介護保険の介護給付等の合計額を控除して得た額が、著しく高額であるときは、高額障害福祉サービス費を支給すること。（

第三十三条関係）

(3) 特定障害者特別給付費

市町村は、施設入所支援等に係る支給決定を受けた障害者のうち所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める特定障害者が、障害者支援施設等から特定入所サービスを受けたときは、当該障害者支援施設等における食事の提供及び居住に要した費用について、特定障害者特別給付費を支給すること。（第三十四条関係）

(4) 特例特定障害者特別給付費

市町村は、特定障害者が、基準該当障害福祉サービスを受けた場合等において必要があると認め

るときは、基準該当施設等における食事の提供及び居住に要した費用について、特例特定障害者特別給付費を支給することができること。（第三十五条関係）

5 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設等及び指定相談支援事業者

(1) 指定障害福祉サービス事業者の指定

ア 指定障害福祉サービス事業者の指定は、障害福祉サービス事業を行う者の申請により、障害福祉サービスの種類及び障害福祉サービス事業を行う事業所ごとに都道府県知事が行うこと。（第三十六条第一項関係）

第三十六条第一項関係）

イ 都道府県知事は、申請に係る事業所が人員、設備及び運営に関する基準を満たしていないとき、申請者及び役員等が指定を取り消されてから五年を経過していないとき等に該当するときは指定をしてはならないこと。（第三十六条第三項関係）

ウ 就労継続支援その他の特定障害福祉サービスの申請はサービス量を定めてするものとし、当該申請に係るサービス量が、都道府県障害福祉計画において定める必要な量に既に達している場合等は、都道府県知事は指定をしないことができること。（第三十六条第二項及び第四項関係）

(2) 指定障害者支援施設の指定

ア 指定障害者支援施設の指定は、設置者の申請により、施設障害福祉サービスの種類及び入所定員を定めて、都道府県知事が行うこと。この場合においては、(1)イを準用すること。(第三十八条第一項及び第三項関係)

イ 申請に係る指定障害者支援施設の入所定員の総数が、都道府県障害福祉計画において定める必要入所定員総数に既に達している場合等は、都道府県知事は指定をしないことができること。(

第三十八条第二項関係)

(3) 指定相談支援事業者の指定

指定相談支援事業者の指定については、(1)を準用すること。(第四十条関係)

(4) 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設等の設置者及び指定相談支援事業者の責務

指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設等の設置者及び指定相談支援事業者(以下「指定事業者等」という。)は、市町村その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービス又は相談支援を、障害者等の意向、適性その他の事情に応じ、効果的に行うように努めなければ

ばならないこと等の責務を有すること。（第四十二条関係）

(5) 指定障害福祉サービスの事業、指定障害者支援施設等及び指定相談支援の事業の基準

指定事業者等は、人員、設備及び運営に関する基準に従って、指定障害福祉サービス等又は指定相談支援を提供しなければならないこと。（第四十三条から第四十五条まで関係）

(6) 指定の取消し等

都道府県知事は、指定事業者等が人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な事業の運営をしていないと認めるとき等は、勧告、公表、命令等を行うことができることに、指定の取消し、指定の効力の停止を行うことができること。（第四十九条及び第五十条関係）

三 自立支援医療費、療養介護医療費及び基準該当療養介護医療費の支給

1 自立支援医療費の支給認定

(1) 自立支援医療費の支給を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）の自立支援医療費を支給する旨の認定を受けなければならないこと。（

第五十二条関係）

(2) 市町村等は、障害者等の心身の障害の状態からみて自立支援医療を受ける必要があり、かつ、当該障害者等又はその属する世帯の他の世帯員の所得の状況、治療状況その他の事情を勘案して政令で定める基準に該当する場合には、自立支援医療の種類ごとに支給認定を行うものとする。こと。（第五十四条関係）

(3) そのほか、支給認定の有効期間、支給認定の変更、取消し等に関し必要な事項を定めること。（第五十五条から第五十七条まで関係）

## 2 自立支援医療費の支給

市町村等は、支給認定を受けた障害者又は障害児の保護者が、都道府県知事が指定する指定自立支援医療機関から自立支援医療を受けたときは、自立支援医療費を支給すること。（第五十八条関係）

## 3 指定自立支援医療機関の指定

指定自立支援医療機関の指定は、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により、自立支援医療の種類ごとに行うこと。（第五十九条関係）

## 4 指定自立支援医療機関の責務等

(1) 指定自立支援医療機関は、良質かつ適切な自立支援医療を行わなければならないこと。（第六十条関係）

(2) 都道府県知事は、指定自立支援医療機関が(1)に従って自立支援医療を行っていないと認めるとき等は、勧告、公表、命令等を行うことができるとともに、指定の取消し、指定の効力の停止を行うことができること。（第六十七条及び第六十八条関係）

#### 5 療養介護医療費の支給

市町村は、療養介護に係る支給決定を受けた障害者が、指定障害福祉サービス事業者等から療養介護医療を受けたときは、当該療養介護医療に要した費用について、療養介護医療費を支給すること。

#### （第七十条関係）

#### 6 基準該当療養介護医療費の支給

市町村は、療養介護に係る支給決定を受けた障害者が、基準該当施設等から療養介護医療を受けたときは、基準該当療養介護医療費を支給すること。（第七十一条関係）

### 四 補装具費の支給

市町村は、障害者等の障害の状態からみて、補装具の購入又は修理を必要とする者であると認めるとき（障害者等又はその世帯員の所得が政令で定める基準以上であるときを除く。）は、当該補装具の購入又は修理に要した費用について、補装具費を支給すること。（第七十六条関係）

### 第三 地域生活支援事業

#### 一 市町村の地域生活支援事業

市町村が行う事業として、障害者、障害児の保護者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を供与するとともに、障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行う事業、手話通訳者等の派遣、日常生活用具の給付又は貸与、障害者等の移動を支援する事業等を定めること。（第七十七条関係）

#### 二 都道府県の地域生活支援事業

都道府県が行う事業として、特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業等を定めること。（第七十八条関係）

### 第四 事業及び施設

#### 一 事業

1 国及び都道府県以外の者は、あらかじめ、都道府県知事に届け出て、障害福祉サービス事業、相談支援事業、移動支援事業、地域活動支援センターを経営する事業及び福祉ホームを経営する事業を行うことができること。（第七十九条第二項関係）

2 厚生労働大臣は、地域活動支援センター、福祉ホーム等の設備及び運営について、基準を定めるところ。（第八十条第一項関係）

## 二 施設

1 国、都道府県及び市町村以外の者は、社会福祉法の定めるところにより、障害者支援施設を設置することができること。（第八十三条第四項関係）

2 厚生労働大臣は、障害者支援施設の設備及び運営について、基準を定めること。（第八十四条第一項関係）

## 第五 障害福祉計画

### 一 基本指針

厚生労働大臣は、障害福祉サービス及び相談支援並びに地域生活支援事業の提供体制を整備し、自立

支援給付等の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めること。（第八十七条関係）

## 二 市町村障害福祉計画

市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に関する計画を定めること。当該計画においては、各年度における指定障害福祉サービスの種類ごとの必要な量の見込み、見込量の確保のための方策等を定めること。（第八十八条関係）

## 三 都道府県障害福祉計画

都道府県は、基本指針に即して、市町村障害福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に関する計画を定めること。当該計画においては、区域ごとの各年度における指定障害福祉サービスの種類ごとの必要な量の見込み、見込量の確保のための方策、従事者の確保等のための措置、各年度の指定障害者支援施設の必要入所定員総数等を定めること。（第八十九条関係）

## 第六 費用

### 一 都道府県の負担及び補助

1 都道府県は、市町村が支弁する費用について、次に掲げるものを負担すること。（第九十四条第一項関係）

(1) 市町村が支弁する障害福祉サービスに係る給付費の支給に要する費用のうち、国及び都道府県が負担すべきものとして当該支給に係る障害者等の障害程度区分ごとの人数その他の事情を勘案して算定した額（以下「障害福祉サービス費等負担対象額」という。）の百分の二十五

(2) 市町村が支弁する自立支援医療費等及び補装具費の百分の二十五

2 都道府県は、予算の範囲内において、市町村の地域生活支援事業に要する費用の百分の二十五以内を補助することができること。（第九十四条第二項関係）

## 二 国の負担及び補助

1 国は、次に掲げるものを負担すること。（第九十五条第一項関係）

(1) 障害福祉サービス費等負担対象額の百分の五十

(2) 市町村が支弁する自立支援医療費等及び補装具費の百分の五十

(3) 都道府県が支弁する自立支援医療費の百分の五十

2 国は、予算の範囲内において、次に掲げるものを補助することができること。（第九十五条第二項関係）

- (1) 市町村が行う介護給付費等の支給決定に係る事務の処理等に要する費用の百分の五十以内
- (2) 市町村及び都道府県の地域生活支援事業に要する費用の百分の五十以内

## 第七 審査請求

市町村長の介護給付費等に係る処分に不服がある障害者又は障害児の保護者は、都道府県知事に対し審査請求をすることができることとともに、都道府県知事は、障害者等の保健又は福祉に関する学識経験を有する者等から任命する委員で構成される障害者介護給付費等不服審査会を置くことができること。（第九十七条及び第九十八条関係）

## 第八 施行期日

この法律は、平成十八年四月一日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれに定める日から施行すること。（附則第一条関係）

## 一 第十二の一 公布日

二 第一の四の3（居宅介護、行動援護、児童デイサービス、短期入所及び共同生活援助に係る部分を除く。）、第二の一（サービス利用計画作成費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給に係る部分に限る。）、第二の二の3（介護給付費及び特例介護給付費（重度訪問介護、療養介護、生活介護、重度障害者等包括支援、共同生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）並びに訓練等給付費及び特例訓練等給付費（自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に係るものに限る。）の支給に係る部分に限る。）、第二の二の4（サービス利用計画作成費、特定障害者特別給付費及び特例特定障害者特別給付費の支給に係る部分に限る。）、第二の二の5（指定障害者支援施設等及び指定相談支援事業者に係る部分に限る。）、第二の三（療養介護医療費及び基準該当療養介護医療費の支給に係る部分に限る。）、第二の四、第三、第四（障害福祉サービス事業に係る部分を除く。）、第五及び第六（療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給に係る部分に限る。）並びに第九の一の2、第九の二の3、第十の三、第十一の三、第十一の四、第十二の三、第十二の四（3を除く。）、第十二の五（精神障害者社会復帰施設に係る部分に限る。）及び第十三の二 平成十八年十月一日

## 第九 経過措置に関する事項

### 一 旧法施設等に関する経過措置

1 施行日において現に身体障害者福祉法により指定を受けた医療機関及び精神障害者通院医療を担当するものとして一定の基準に該当する医療機関は、同日に指定自立支援医療機関の指定があつたものとみなすこと。（附則第十四条関係）

2 平成十八年十月一日において現に存する身体障害者更生援護施設又は知的障害者援護施設であつて、旧身体障害者福祉法又は旧知的障害者福祉法に基づく指定を受けている旧法指定施設については、平成二十四年三月三十一日までの日で政令で定める日の前日までの間は、当該施設で行われるサービス（旧法施設支援）については障害福祉サービスとみなし、当該施設については、平成十八年十月一日に指定があつたものとみなし、支給決定障害者等が旧法指定施設から旧法施設支援を受けたときは、介護給付費を支給すること。（附則第二十条及び第二十一条関係）

### 二 旧法に基づく受給者に関する経過措置

1 施行日において現に旧身体障害者福祉法等に基づき更生医療の費用の支給等を受けている障害者等

については、同日に、自立支援医療費の支給認定を受けたものとみなすこと。（附則第四条関係）

2 施行日において現に旧身体障害者福祉法等に基づき居宅生活支援費の支給決定を受けている障害者等については、同日に、介護給付費等の支給決定を受けたものとみなすこと。（附則第八条関係）

3 平成十八年十月一日において現に旧法指定施設に入所し旧身体障害者福祉法等に基づき施設訓練等支援費を受けていた特定旧法受給者については、平成二十四年三月三十一日までの日で政令で定める日までの間に限り、引き続き当該施設等に入所している間（指定の取消しその他やむを得ない理由により継続して他の施設等に入所している間を含む。）は、支給決定を受けた障害者とみなして、旧法指定施設から受けた指定旧法施設支援又は指定障害福祉サービス等に要した費用について、別に厚生労働大臣が定める基準により算定した額により、介護給付費又は訓練等給付費を支給すること。（附則第二十二条関係）

## 第十 児童福祉法の一部改正

### 一 育成医療に関する事項（附則第二十五条関係）

この法律による自立支援医療費の施行に伴い、育成医療に係る規定を削除すること。

## 二 居宅生活支援費に関する事項（附則第二十五条関係）

この法律による介護給付費等の施行に伴い、居宅生活支援費及び指定居宅支援事業者等に係る規定を削除すること。

## 三 障害児施設給付費等に関する事項（附則第二十六条関係）

### 1 障害児施設給付費等

(1) 都道府県は、給付決定に係る障害児が、都道府県が指定する知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設又は指定医療機関（以下「指定知的障害児施設等」という。）から障害児施設支援を受けたときは、障害児施設給付費を支給すること。

(2) 障害児施設支援の費用の負担が著しく高額となる場合に、高額障害児施設給付費を支給するとともに、保護者の所得の状況その他の事情をしん酌して、当該保護者に対して特定入所障害児食費等給付費を支給すること。

### 2 指定知的障害児施設等

指定知的障害児施設等の指定は、設置者の申請により都道府県知事が行うこととし、人員、設備及

び運営に関する基準、指定の取消し等について必要な事項を定めること。

### 3 障害児施設医療費

都道府県は、給付決定に係る障害児が、指定知的障害児施設等（病院等に限る。）において、障害児施設支援のうち治療に係るものを受けたときは、障害児施設医療費を支給すること。

## 第十一 身体障害者福祉法の一部改正

### 一 更生医療に関する事項（附則第三十四条関係）

この法律による自立支援医療費の施行に伴い、更生医療に係る規定を削除すること。

### 二 居宅生活支援費に関する事項（附則第三十四条関係）

この法律による介護給付費等の施行に伴い、居宅生活支援費及び指定居宅支援事業者等に係る規定を削除すること。

### 三 身体障害者施設支援に関する事項（附則第三十五条及び第四十一条関係）

この法律による介護給付費等の施行に伴い、施設訓練等支援費及び身体障害者更生施設等に係る規定を削除するとともに、平成十八年十月一日において現に存する身体障害者更生援護施設（身体障害者更

生施設、身体障害者療護施設及び身体障害者授産施設に限る。）については、平成二十四年三月三十一

日までの政令で定める日の前日までの間は、なお従前の例により運営できること。

#### 四 補装具に関する事項（附則第三十五条関係）

この法律による補装具費の施行に伴い、補装具に係る規定を削除すること。

### 第十二 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正

#### 一 精神分裂病の呼称を統合失調症へ変更すること。（附則第四十四条関係）

#### 二 通院医療に関する事項（附則第四十五条関係）

この法律による自立支援医療費の施行に伴い、通院医療に係る規定を削除すること。

#### 三 精神病院等に対する指導監督体制の見直しに関する事項（附則第四十六条関係）

##### 1 精神医療審査会の委員構成の見直し

精神医療審査会は、その合議体を構成する五名の委員を一定の条件の範囲内で定めることができるものとする。

##### 2 改善命令等に従わない精神病院の管理者に関する公表制度等の導入

厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者が改善命令等に従わない場合において、その旨を公表することができること等とすること。

#### 四 精神障害者の適切な医療等の確保に関する事項

##### 1 緊急時における入院等に係る診察の特例措置（附則第四十六条関係）

一定の要件を満たす医療機関における医療保護入院、応急入院等につき、緊急その他やむを得ない場合において、精神保健指定医以外の一定の要件を満たす医師の診察により、その適否を判断し、一定時間を限り入院等をさせることができるものとする。

##### 2 任意入院者の適切な処遇の確保（附則第四十六条関係）

都道府県知事は、条例で定めるところにより、改善命令を受けたことがある等の精神病院の管理者に対し、一定の基準に該当する任意入院者について、その病状等の報告を求めることができるものとする。

##### 3 市町村における相談体制の強化（附則第四十五条関係）

市町村は、精神障害者の福祉に関する相談等に応じなければならないものとともに、精神保

健福祉に関する相談等を行う精神保健福祉相談員を置くことができるものとする。

五 精神障害者居宅生活支援事業及び精神障害者社会復帰施設に関する事項（附則第四十五条、第四十六条及び第四十八条関係）

この法律による介護給付費等の施行に伴い、精神障害者居宅生活支援事業及び精神障害者社会復帰施設に係る規定を削除するとともに、平成十八年十月一日において現に存する精神障害者社会復帰施設（政令で定めるものを除く。）については、平成二十四年三月三十一日までの政令で定める日の前日までの間は、なお従前の例により運営できること。

### 第十三 知的障害者福祉法の一部改正

#### 一 居宅生活支援費に関する事項

この法律による介護給付費等の施行に伴い、居宅生活支援費及び指定居宅支援事業者等に係る規定を削除すること。（附則第五十一条関係）

#### 二 知的障害者施設支援に関する事項

この法律による介護給付費等の施行に伴い、施設訓練等支援費及び知的障害者更生施設等に係る規定

を削除するとともに、平成十八年十月一日において現に存する知的障害者援護施設（知的障害者更生施設、知的障害者授産施設及び知的障害者通勤寮に限る。）については、平成二十四年三月三十一日までの政令で定める日までの間は、なお従前の例により運営できること。（附則第五十二条及び第五十八条関係）

#### 第十四 関係法律の一部改正等に関する事項（附則第六十一条から第二百二十二条まで関係）

##### 一 社会福祉法の一部改正（附則第六十一条から第六十三条まで関係）

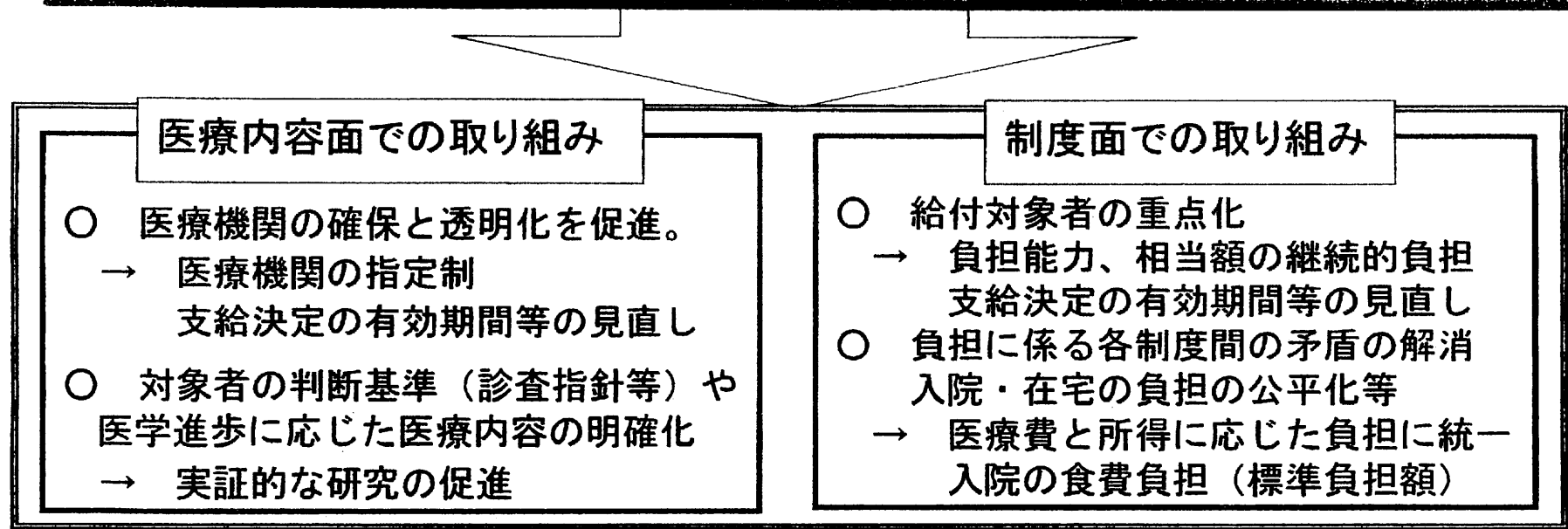
障害者支援施設及び地域活動支援センター等を経営する事業並びに障害福祉サービス事業を社会福祉事業とすること。

##### 二 第九から第十三まで及び第十四の一に掲げるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置を定めるとともに、関係法律について所要の改正を行うこと。

# 自立支援医療について

# 障害に係る公費負担医療制度に関する見直しの必要性

- 同じ障害者なのに、制度の違いにより負担軽減の仕組みが異なり、その統一が必要。
- 更生医療、育成医療の対象者の半数以上は、一定の負担能力が認められる課税世帯であり、給付の重点化が必要。
- 精神通院医療、更生医療の対象者(人口の約1%)は急増し、財政的に極めて厳しい状況に。



**必要な医療を確保しつつ、費用を皆で負担し支え合うことにより、中長期的な障害者制度全体の持続可能性を確保(福祉・医療のバランスのとれた財源配分の確保)**

# 障害に係る公費負担医療制度の再編について

第54条第1項等関係

## <現 行>

精神通院医療  
(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)

## 自立支援医療費制度

## <見直し後>

- ・支給認定の手続を共通化
- ・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

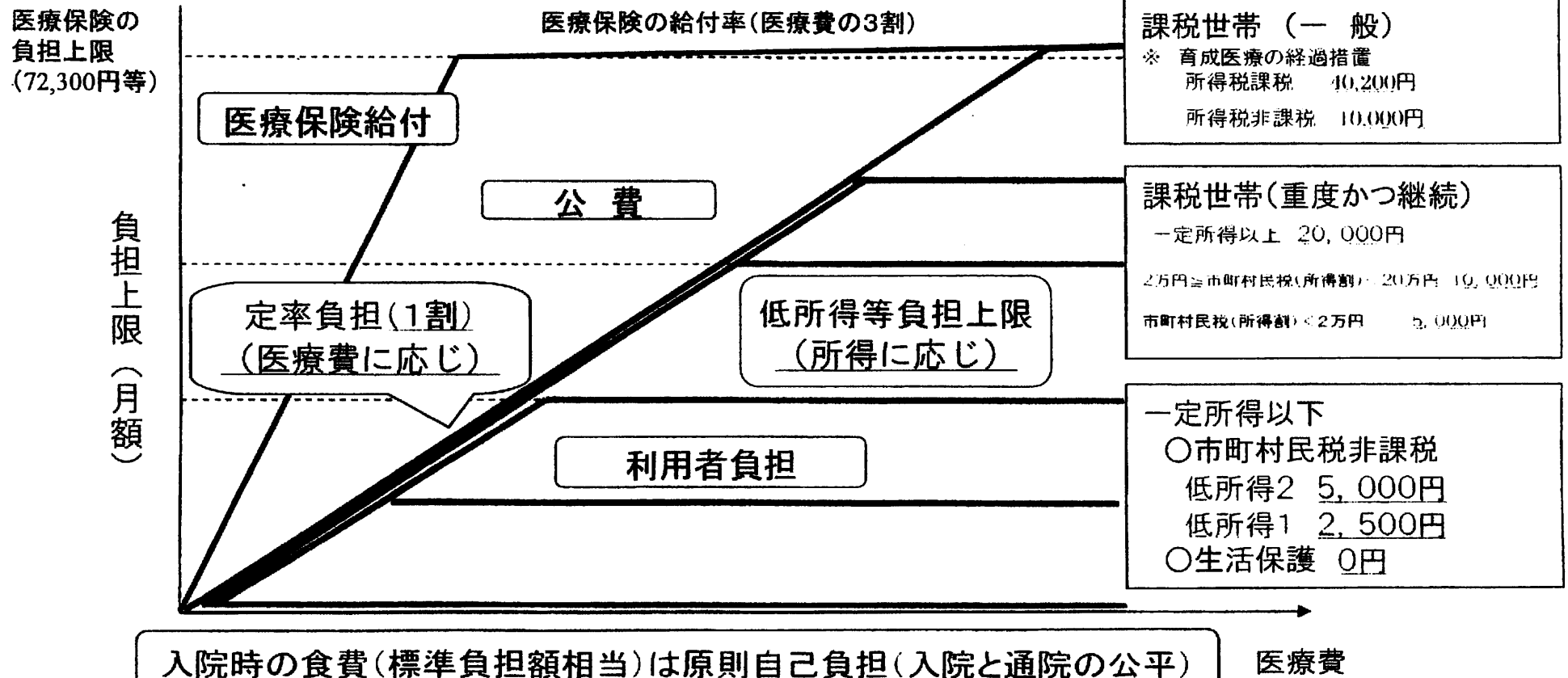
# (公費負担医療の利用者負担の見直し)

## —医療費と所得に着目—

第58条第3項第1号関係

医療費のみに着目した負担(精神通院)と所得にのみ着目した負担(更生・育成)を、次の観点から、「医療費と所得の双方に着目した負担」の仕組みに統合する。

- 制度間の負担の不均衡を解消する。(障害者間の公平＝医療費の多寡・所得の多寡に応じた負担)
- 必要な医療を確保しつつ、制度運営の効率性と安定性を確保する。(障害者自らも制度を支える仕組み)



# 自立支援医療の対象者、自己負担の概要

第54条第1項、第58条第3項第1号関係

1. 対象者：従来の更生医療、育成医療、精神通院医療の対象者であって一定所得未満の者(対象疾病は従来の対象疾病の範囲どおり)
2. 給付水準：自己負担については1割負担(  部分)。ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定。また、入院時の食費(標準負担額)については自己負担。

| 一定所得以下       |                         |                         | 中間所得層                                                                            |                       | 一定所得以上                                      |
|--------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| 生活保護世帯       | 市町村民税非課税<br>本人収入≤80万    | 市町村民税非課税<br>本人収入>80万    | 市町村民税<2万<br>(所得割)                                                                | 2万≤市町村民税<20万<br>(所得割) | (20万≤市町村民税(所得割))                            |
| 生活保護<br>負担0円 | 低所得1<br>負担上限額<br>2,500円 | 低所得2<br>負担上限額<br>5,000円 | 中間所得層 ※1<br>負担上限額 医療保険の自己負担限度額<br>育成医療の経過措置<br>負担上限額 10,000円      負担上限額 40,200円  |                       | 一定所得以上<br>公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合<br>・負担限度額) |
|              |                         |                         | 重 度 か つ 継 続(※2)<br>中間所得層1      中間所得層2<br>負担上限額      負担上限額<br>5,000円      10,000円 |                       | 一定所得以上(重症)※3<br>負担上限額<br>20,000円            |

- ※1 ① 育成医療(若い世帯)における負担の激変緩和の経過措置を実施する。  
 ② 再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後、実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね1年以内に明確にする。
- ※2 重度かつ継続の範囲については、次葉資料を参照。
- ※3 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

# 重度かつ継続の範囲

第54条第1項、第58条  
第3項第1号関係

1. 医療上の必要性から継続的に相当額の医療費負担が生ずる者については、月額負担の上限を設けることが適切であることから、中間層において、5千円又は1万円(一定所得以上については経過措置として2万円)の上限を設定。
2. 「重度かつ継続」の範囲については、現時点では次のとおり提示しているが、実証的な研究結果を踏まえ、順次、対象の明確化等を図る。

○疾病、症状等から対象となる者

精神

- ①統合失調症・躁うつ病・うつ病・てんかん・認知症等の脳機能障害・薬物関連障害（依存症等）
- ②3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

更生・育成

腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害

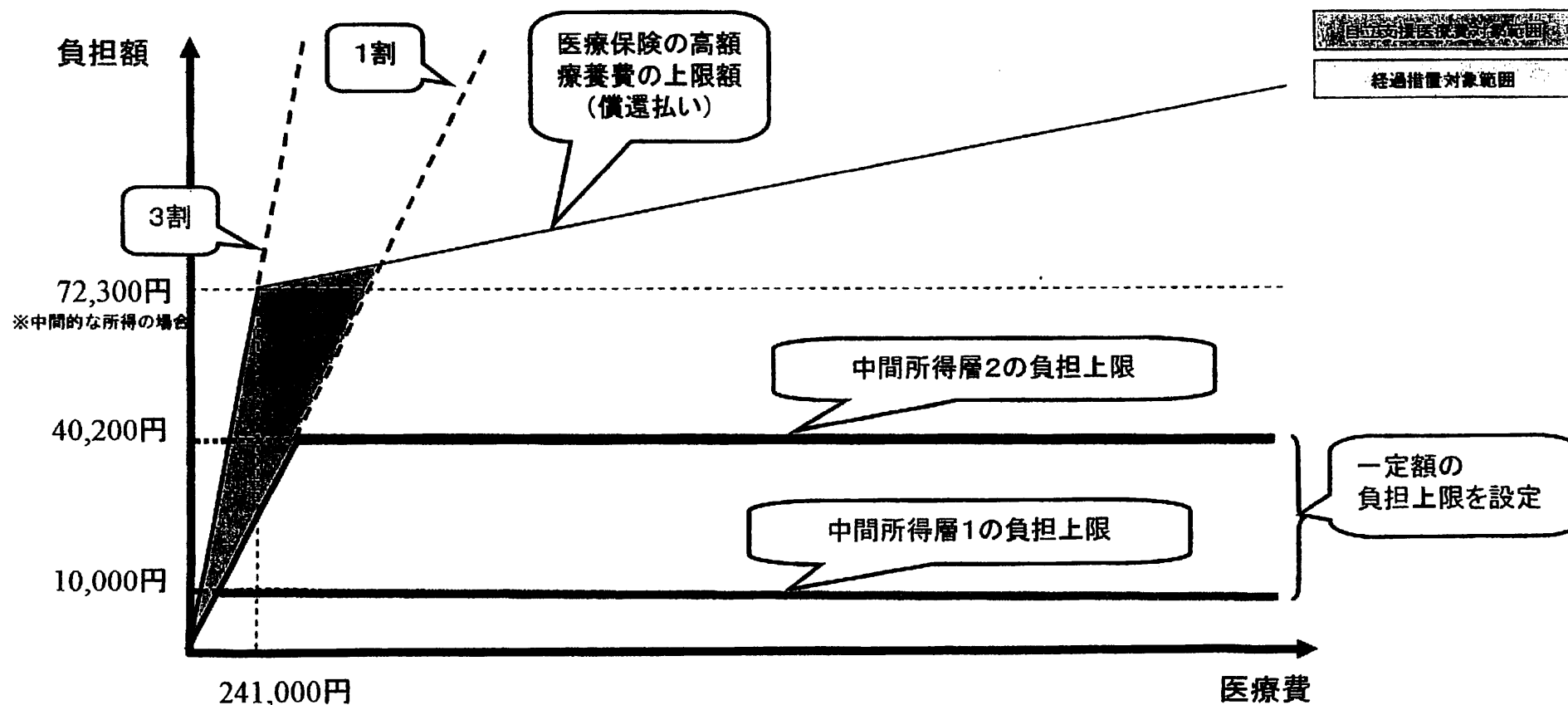
○疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者

医療保険の多数該当の者

# 育成医療(中間所得層)に係る激変緩和の経過措置

## 【内容】

- 高額な医療費が発生した場合における負担の激変緩和を行う。
- 中間所得層を、「重度かつ継続」と同様に2つ(中間所得層1(市町村民税2万円未満世帯)、中間所得層2(市町村民税2万円以上20万円未満世帯))に区分し、それぞれの区分に一定額の負担上限を置く。



ケース1 (精神通院) 統合失調症(「重度かつ継続」に該当)のため、デイケア等を利用している  
事例(月額医療費約15万円)

|                         |                          | 見直し前   | 見直し後                             |
|-------------------------|--------------------------|--------|----------------------------------|
| 一定所得以上<br>(市町村民税20万円以上) |                          | 7,500円 | 15,000円(10%)( )                  |
| 市町村民税<br>課税             | 市町村民税<br>2万円以上<br>20万円未満 | 7,500円 | 15,000円(10%)<br>↓<br>10,000円(7%) |
|                         | 市町村民税<br>2万円未満           | 7,500円 | 15,000円(10%)<br>↓<br>5,000円(3%)  |
| 市町村民税<br>非課税            | 障害基礎<br>年金1級<br>(低所得2)   | 7,500円 | 5,000円(3%)                       |
|                         | 障害基礎<br>年金2級<br>(低所得1)   | 7,500円 | 2,500円(2%)                       |

「重度かつ継続」

一定所得以上の方は、「重度かつ継続」に該当する場合に自立支援医療の対象(経過措置)

ケース2(更生医療) 小腸機能障害(「重度かつ継続」に該当)( 1)で中心静脈栄養を受けている  
事例(月額医療費約22万円)

|                         |                          | 見直し前              | 見直し後                                 |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| 一定所得以上<br>(市町村民税20万円以上) |                          | 26,150円～健康保険の規定通り | 22,000円(10%)<br>↓<br>20,000円(9%)( 2) |
| 市町村民税<br>課税             | 市町村民税<br>2万円以上<br>20万円未満 | 3,450円～22,000円    | 22,000円(10%)<br>↓<br>10,000円(5%)     |
|                         | 市町村民税<br>2万円未満           | 2,250円～2,900円     | 22,000円(10%)<br>↓<br>5,000円(2%)      |
| 市町村民税<br>非課税            | 障害基礎<br>年金1級<br>(低所得2)   | 0円                | 5,000円(2%)                           |
|                         | 障害基礎<br>年金2級<br>(低所得1)   | 0円                | 2,500円(1%)                           |

「重度かつ継続」

- 1 小腸大量切除又は小腸疾患により小腸の栄養吸収機能が低下し、中心静脈栄養による栄養補助を要する症状。
- 2 経過措置(一定所得以上の方であっても、「重度かつ継続」に該当する場合は、自立支援医療の対象)による額。

ケース3 (育成医療) 心室中隔欠損・大動脈縮窄症(大動脈縮窄症手術)のため入院治療を受けている事例 (月額医療費約300万円)

|                             |                          | 見直し前                  | 見直し後                                |   |         |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|---------|
|                             |                          |                       | 定率負担額                               |   | 食費標準負担額 |
| 一定所得以上<br>(市町村民税<br>20万円以上) |                          | 52,300円～<br>健康保険の規定通り | 165,100円(医療保険の負担上限額)                | + | 780円×日数 |
| 市町村民<br>税課税                 | 市町村民税<br>2万円以上<br>20万円未満 | 6,900円<br>～44,000円    | 99,890円(医療保険の負担上限額)<br>↓<br>40,200円 | + | 780円×日数 |
|                             | 市町村民税<br>2万円未満           | 4,500円<br>～5,800円     | 99,890円(医療保険の負担上限額)<br>↓<br>10,000円 | + | 780円×日数 |
| 市町村民税<br>非課税<br>( )         | 障害基礎<br>年金1級<br>(低所得2)   | 2,200円                | 5,000円                              | + | 650円×日数 |
|                             | 障害基礎<br>年金2級<br>(低所得1)   | 2,200円                | 2,500円                              | + | 650円×日数 |

育成医療の経過措置

育成医療の経過措置

( ) 育成医療を受ける障害児の保護者が障害基礎年金受給者である場合。

# 【参考1】自立支援医療の対象者、自己負担の概要

第54条第1項、第58条第3項第1号関係

- 対象者：従来の更生医療、育成医療、精神通院医療の対象者であって一定所得未満の者（対象疾病は従来の対象疾病の範囲どおり）
- 給付水準：自己負担については1割負担（ 部分）。ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定。また、入院時の食費（標準負担額）については自己負担。

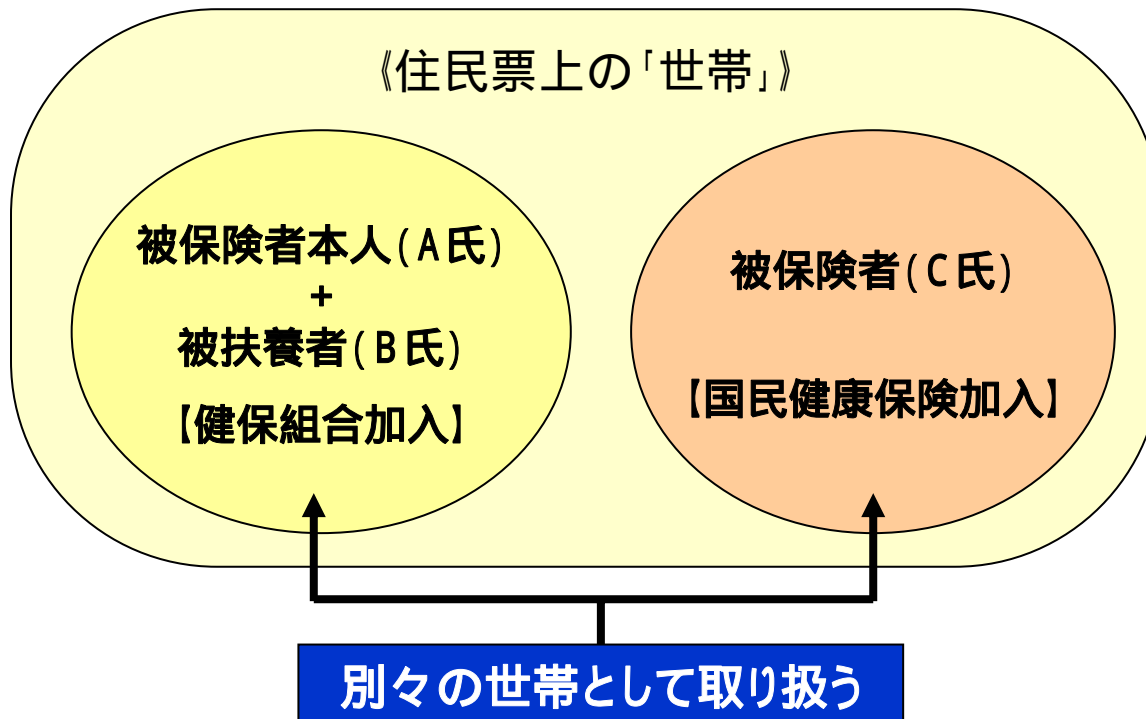
| 一定所得以下       |                         |                         | 中間所得層                                                                     |                         | 一定所得以上                                  |
|--------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| 生活保護世帯       | 市町村民税非課税<br>本人収入 80万    | 市町村民税非課税<br>本人収入 > 80万  | 市町村民税 < 2万<br>(所得割)                                                       | 2万 市町村民税 < 20万<br>(所得割) | (20万 市町村民税(所得割))                        |
| 生活保護<br>負担0円 | 低所得1<br>負担上限額<br>2,500円 | 低所得2<br>負担上限額<br>5,000円 | 中間所得層 1<br>負担上限額 医療保険の自己負担限度額<br>育成医療の経過措置<br>負担上限額 10,000円 負担上限額 40,200円 |                         | 一定所得以上<br>公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合・負担限度額) |
|              |                         |                         | 重 度 か つ 継 続 (2)<br>中間所得層1 負担上限額 5,000円<br>中間所得層2 負担上限額 10,000円            |                         | 一定所得以上(重継) 3<br>負担上限額 20,000円           |

- 育成医療（若い世帯）における負担の激変緩和の経過措置を実施する。  
再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後、実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね1年以内に明確にする。
- 当面の重度かつ継続の範囲
  - ・ 疾病、症状等から対象となる者  
精神通院医療： 統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）  
3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的・集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者
    - ・ 情動及び行動の障害
    - ・ 不安及び不穏状態
  - 更生・育成・・・ 腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害
  - ・ 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者  
精神・更生・育成・・・ 医療保険の多数該当の者
 重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえ、順次見直し、対象の明確化を図る。
- 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

## 【参考2】自立支援医療における「世帯」について

### 基本形 = 医療保険単位による「世帯」

- 「世帯」の単位については、住民票上の世帯の如何にかかわらず、同じ医療保険に加入している家族によって範囲を設定する。
- 医療保険の加入関係が異なる場合には、税制における取扱いに関係なく、別の「世帯」として取り扱う。



### < 左図の例 >

- 健康保険に加入するA氏とB氏からなる「世帯」と、国民健康保険に加入するC氏からなる「世帯」に2分される。
- 税制上はC氏がB氏を扶養親族としている場合であっても、医療保険の加入関係が異なるので、C氏とB氏は別の「世帯」。

### 選択肢

同じ「世帯」内の誰もが、税制上も医療保険上も障害者本人を扶養しないこととした場合には、障害者本人とその配偶者の所得によって判断することを選択可能

# あなたの負担はこうなります(自立支援医療)

## 精神通院医療

## 更生医療

## 育成医療

医療保険の負担上限額まで、医療費を1割負担していただきます。

入院している方については、食費につき標準負担額(日額780円。低所得の方には減額あり)を負担していただきます。

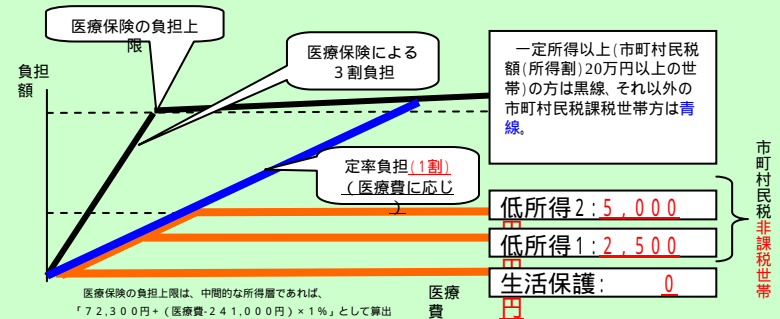
原則は、医療保険の負担上限額まで1割負担ですが、**所得の低い方にはより低い上限額を設定します。**

### < 上限額 >

- ・低所得2・・・市町村民税非課税世帯  
(3人世帯であれば、障害基礎年金1級を含めて概ね300万円以下の年収の方)
- ・低所得1・・・市町村民税非課税世帯で障害者の収入が年収80万円(障害基礎年金2級相当額)以下の方

自立支援医療の「世帯」の範囲

医療保険単位(=異なる医療保険に加入している家族は、別「世帯」になります。)



所得の低い方以外についても、継続的に相当額の医療費負担が発生する方(「重度かつ継続」)は、月当たりの負担額に、別途、上限を設定します。

### < 上限額 >

- ・中間層2・・・市町村民税額(所得割)が2万円以上20万円未満の世帯の方
- ・中間層1・・・市町村民税額(所得割)が2万円未満の世帯の方
- \* 一定所得以上・・・市町村民税額(所得割)が20万円以上の世帯の方  
(3年間の経過措置)

### < 当面の「重度かつ継続」の範囲 >

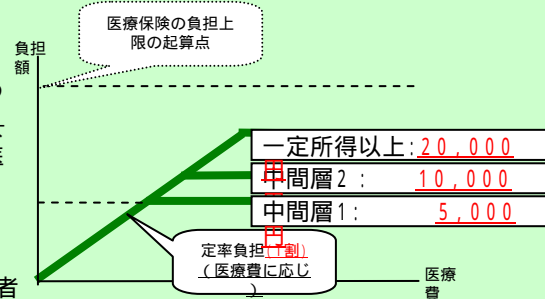
・疾病等から対象になる者

精神通院医療：統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)  
3年以上の精神医療の経験有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的・集中的な通院医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者  
・情動及び行動の障害  
・不安及び不穏状態

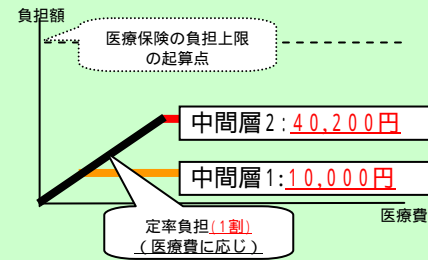
更生・育成医療：腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害

・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者

精神・更生・育成：医療保険の多数該当の者



育成医療については、対象者に若い世帯が多いことなどを踏まえ、月当たりの負担額に特別な上限を設定する激変緩和の経過措置を講じます。



医療費

原則は定率1割負担ですが、医療保険の自己負担限度額と同額が上限になります。加えて所得の低い方や、継続的に相当額の医療費負担が生じる方には更に低い上限を設定します。

# あなたの利用者負担はこうなります(福祉サービス)



施設に入所している  
場合(20歳以上)

グループホームを利用  
している場合

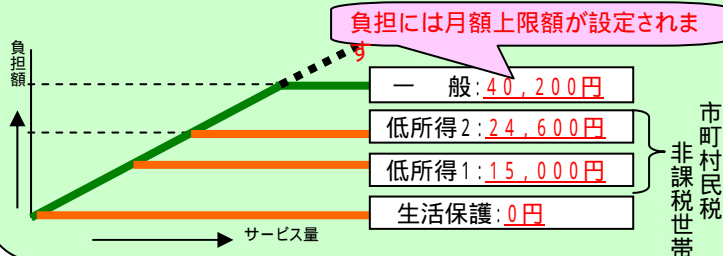
通所サービスを使う場  
合

ホームヘルプサービス  
を使う場合

施設に入所している  
場合(20歳未満)

## サービスについての費用

原則は1割負担ですが、どの方でも負担が増え過ぎないように、**上限額を設定**するとともに、**所得の低い方にはより低い上限**を設定します。



- 一般・市町村民税課税世帯
- 低所得2・市町村民税非課税世帯  
(世帯3人世帯であれば、障害基礎年金1級を含めて概ね300万円以下の年収の方)
- 低所得1・市町村民税非課税世帯で障害者の収入が年収80万円(障害基礎年金2級相当額)以下の方

所得を判断する「世帯」の範囲について  
原則は同じ世帯に属する方の状況で判断しますが、あなたが税制と医療保険で「被扶養者」でなければ、**あなたと配偶者の収入**とすることもできます。

さらに

同じ世帯で他にも障害福祉サービスを受けている方、介護保険のサービスを併せて受けている方については、その合算額が を超えないように負担額を軽減します。

さらに

さらに、収入に応じて個別に減免します(資産が350万円以下の方)。

- ・収入が6.6万円までなら負担は0円です。
- ・収入が6.6万円を超えても、**超えた収入の半分を上限額**とします。
- ・さらに、グループホーム入居の方については、6.6万円を超えた**収入が年金や工賃等の収入であれば、超えた分の15%を上限額**とします。

さらに、社会福祉法人の提供するサービスを受ける場合については、 の上限額を半額にします(資産が350万円以下の方等)。

- ・低所得1: 15,000円 → 7,500円
- ・低所得2: 24,600円 → 12,300円  
(通所サービスを利用する場合 24,600円 → 7,500円)

さらに

さらに、利用者負担を行うことにより生活保護世帯に該当する場合は、**生活保護に該当しなくなるまで負担額を引き下げます。**

収入が低い場合は…  
サービスの利用者負担と食費等実費負担をしても、**少なくとも2.5万円が手元に残るよう、実費負担額**の上限額を設定します。

従前からグループホームでの食費等は自己負担していただいておりますが、通所サービスを利用された場合は、**の減額措置が適用**されます。

あなたの世帯の所得が低い場合は…  
食費負担額を**3分の1に減額**します(月22日利用の場合5,100円程度の負担)。

保護者の方の収入に応じて…  
地域で子どもを養育する世帯において**通常かかる程度の負担**となるよう、**実費負担額**の上限額を設定します。

## 食費・光熱・水費

負担能力にに応じて限度額を設定した上で、利用者の1割負担を基本とし、国民全体で制度を支えることとしますが、併せてきめ細やかな軽減措置を講じます。

実費全額の自己負担を原則としますが、各種の軽減措置を講じます。