第1745号 受 24.3.02 付 小郡三井医師会

福県医発第２７８５号(地)
平成２４年　3月　1日

各　医　師　会　長　　殿

福 岡 県 医 師 会
会長　松　田　峻 一 良
(公　印　省　略)

自立支援医療（育成医療）における経過的特例の
平成２４年４月以降の取扱いについて

自立支援医療（育成医療）につきましては、障害者自立支援法施行令第１３条により、平成２４年３月３１日まで経過的特例（注１）による負担軽減が図られているところであります。

この度、障害者自立支援法施行令の改正により、平成２７年３月３１日まで経過的特例が延長されることとなり、福岡県（北九州市、福岡市及び久留米市以外の市町村）における自立支援医療（育成医療）の受給者証の有効期限について別紙のとおり取扱うこととした旨、福岡県福祉労働部障害者福祉課長より通知がありました。

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くとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、各指定自立支援医療機関（育成医療）には、福岡県福祉労働部障害者福祉課より直接通知されておりますことを申し添えます。

また、自立支援医療（更生医療）については、各市町村が実施主体であるため、各市町村によって取り扱いが異なる場合があることを併せて申し添えます。

記

※注１　経過的特例について

１）高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」の方）については、市町村民税の所得割の額が２３万５千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を２万円としている経過的特例

２）育成医療の中間所得層（市町村民税所得割が２３万５千円未満）の方については、負担上限月額を市町村民税所得割３万３千円未満の世帯は５千円、市町村民税所得割３万３千円以上２３万５千円未満の世帯は１万円としている経過的特例

小郡三井医師会より　　**医療保険担当理事　山下拓郎**
会長　蒲池　壽

（公印省略）

２３障第３５４４号
平成２４年2月１５日

福岡県医師会長
福岡県歯科医師会長
殿

福岡県福祉労働部障害者福祉課長
（　自　立　支　援　係　）

自立支援医療（育成医療）における経過的特例の
平成２４年４月以降の取扱いについて

本県の障害者福祉の向上に日頃よりご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、自立支援医療（育成医療）においては、障害者自立支援法施行令第１３条により、平成２４年３月３１日まで経過的特例（注１）による負担軽減が図られているところであり、この度、障害者自立支援法施行令の改正により、平成２７年３月３１日まで経過的特例が延長されることとなりました。

これによる、福岡県（北九州市、福岡市及び久留米市以外の市町村）における自立支援医療（育成医療）のにおける受給者証の有効期限については、別紙の取扱いとしますのでお知らせ致します。

なお、各指定自立支援医療機関（育成医療）に対しては、当課から別添のとおり通知する予定であることを申し添えます。

また、自立支援医療（更生医療）においては、各市町村が実施主体であるため、各市町村によって取り扱いが異なる場合があることを併せて申し添えます。

注１　経過的特例について
１）　高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」の方）については、市町村民税の所得割の額が２３万５千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を２万円としている経過的特例
２）育成医療の中間所得層（市町村民税所得割が２３万５千円未満）の方については、負担上限月額を市町村民税所得割３万３千円未満の世帯は５千円、市町村民税所得割３万３千円以上２３万５千円未満の世帯は１万円としている経過的特例

【別紙】

自立支援医療（育成医療）の経過的特例の延長に係る支給認定の取扱い

（北九州市、福岡市及び久留米市以外の市町村）

平成２３年度において、自立支援医療（育成医療）の支給認定を行う際、経過的特例が延長された場合に備えた措置として、経過的特例の対象者の受給者証について、枠内余白に「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」（平成○年○月○日は経過的特例が延長された場合における有効期間の終期）と記載しておりました。

今回、障害者自立支援法施行令の改正により、経過的特例が平成２７年３月３１日まで延長されたことを踏まえ、「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」と記載された受給者証につきましては、その有効期間の終期を「平成○年○月○日」とし、有効期間中は引き続き交付された受給者証をご利用できることとします。

なお、今後、交付する受給者証については、「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」といった記載を行いません。

また、北九州市、福岡市及び久留米市は市独自で支給認定を行っておりますので、取扱いにつきましては各市にお問い合わせください。

【受給者証例】

自立支援医療受給者証（育成医療）				
公費負担者番号	○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号	○○○○○○○		非該当	
受診者	フリガナ 氏　名	イクセイ　シ'ロウ 育成　次郎	性別	生年月日
			男	平成23年1月1日
	住　所	○○市○○丁目○○番地の○		
	被保険者証の記号及び番号	00000000 － 0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000
保護者	フリガナ 氏　名	イクセイ　タロウ 育成　太郎	続柄	父
	住　所	○○市○○丁目○○番地の○		
指定医療機関名	区　分　・　名　称		所在地・電話番号	
	病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○	
自己負担上限額	月額　　10,000　円			
有効期限	平成 23 年 5 月 1 日 から 平成 24 年 3 月 31 日 まで （経過的特例が延長された場合は 平成 24 年 4 月 30 日 までとする）			
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの		特定疾病療養受療証	無
医療の具体的方針				
上記のとおり認定する。　　福岡県知事　小　川　　洋 平成△年△月△日				

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※　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領証を医療機関窓口に提出してください。

【事例】

経過的特例の対象者であり、自立支援医療（育成医療）の認定期間が「平成23年5月1日から平成24年3月31日まで（経過的特例が延長された場合は平成24年4月30日まで）」である場合。

○経過的特例が延長されましたので、この場合の有効期限は平成24年4月30日までとなります。

○経過的特例対象者に対し、今後交付される受給者証について

【これまでの受給者証】

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号	○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号	○○○○○○○		非該当	
受診者 フリガナ 氏名	ｲｸｾｲ ｼﾞﾛｳ 育成 次郎	性別	生年月日	
		男	平成23年1月1日	
受診者 住所	○○市○○丁目○○番地の○			
受診者 被保険者証の記号及び番号	00000000－0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000	
保護者 フリガナ 氏名	ｲｸｾｲ ﾀﾛｳ 育成 太郎	続柄	父	
保護者 住所	○○市○○丁目○○番地の○			
指定医療機関名	区分・名称	所在地・電話番号		
病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○		
自己負担上限額	月額 10,000 円			
有効期限	平成24年2月4日 から 平成24年3月31日 まで（経過的特例が延長された場合は 平成24年6月30日 までとする）			
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの	特定疾病療養受療証	無	
医療の具体的方針				

上記のとおり認定する。　福岡県知事　小川　洋

平成△年△月△日

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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領証を医療機関窓口に提出してください。

（経過的特例が延長された場合は平成○年○月○日までとする）といった記載が無くなります。

【今後交付する受給者証】

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号	○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号	○○○○○○○		非該当	
受診者 フリガナ 氏名	ｲｸｾｲ ｼﾞﾛｳ 育成 次郎	性別	生年月日	
		男	平成23年1月1日	
受診者 住所	○○市○○丁目○○番地の○			
受診者 被保険者証の記号及び番号	00000000－0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000	
保護者 フリガナ 氏名	ｲｸｾｲ ﾀﾛｳ 育成 太郎	続柄	父	
保護者 住所	○○市○○丁目○○番地の○			
指定医療機関名	区分・名称	所在地・電話番号		
病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○		
自己負担上限額	月額 10,000 円			
有効期限	平成24年3月13日 から 平成24年6月30日 まで			
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの	特定疾病療養受療証	無	
医療の具体的方針				

上記のとおり認定する。　福岡県知事　小川　洋

平成△年△月△日

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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領証を医療機関窓口に提出してください。

別　添

（公印省略）

２３障第３５４４号
平成２４年2月１５日

各指定自立支援医療機関　管理者　殿

福岡県福祉労働部障害者福祉課長
（　自　立　支　援　係　）

自立支援医療（育成医療）における経過的特例の
平成２４年４月以降の取扱いについて

本県の障害者福祉の向上に日頃よりご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、自立支援医療（育成医療）においては、障害者自立支援法施行令第１３条により、平成２４年３月３１日まで経過的特例（注１）による負担軽減が図られているところであり、この度、障害者自立支援法施行令の改正により、平成２７年３月３１日まで経過的特例が延長されることとなりました。

つきましては、福岡県（北九州市、福岡市及び久留米市以外の市町村）における自立支援医療（育成医療）の支給認定については、別紙の取扱いとしますのでお知らせ致します。

なお、自立支援医療（更生医療）においては、各市町村が実施主体であるため、各市町村によって取り扱いが異なる場合があることを併せて申し添えます。

注１　経過的特例について

１）　高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」の方）については、市町村民税の所得割の額が２３万５千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を２万円としている経過的特例

２）育成医療の中間所得層（市町村民税所得割が２３万５千円未満）の方については、負担上限月額を市町村民税所得割３万３千円未満の世帯は５千円、市町村民税所得割３万３千円以上２３万５千円未満の世帯は１万円としている経過的特例

【別紙】

自立支援医療（育成医療）の経過的特例の延長に係る支給認定の取扱い

（北九州市、福岡市及び久留米市以外の市町村）

平成２３年度において、自立支援医療（育成医療）の支給認定を行う際、経過的特例が延長された場合に備えた措置として、経過的特例の対象者の受給者証について、枠内余白に「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」（平成○年○月○日は経過的特例が延長された場合における有効期間の終期）と記載しておりました。

今回、障害者自立支援法施行令の改正により、経過的特例が平成２７年３月３１日まで延長されたことを踏まえ、「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」と記載された受給者証につきましては、その有効期間の終期を「平成○年○月○日」とし、有効期間中は引き続き交付された受給者証をご利用できることとします。

なお、今後、交付する受給者証については、「経過的特例が延長された場合は　平成○年○月○日までとする」といった記載を行いません。

また、北九州市、福岡市及び久留米市は市独自で支給認定を行っておりますので、取扱いにつきましては各市にお問い合わせください。

【受給者証例】

自立支援医療受給者証(育成医療)					
公費負担者番号		○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号		○○○○○○○		非該当	
受診者	フリガナ 氏 名	イクセイ ジロウ 育成 次郎	性別	生年月日	
			男	平成23年1月1日	
	住 所	○○市○○丁目○○番地の○			
	被保険者証の記号及び番号	00000000 - 0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000	
保護者	フリガナ 氏 名	イクセイ タロウ 育成 太郎	続柄	父	
	住 所	○○市○○丁目○○番地の○			
指定医療機関名	区 分 ・ 名 称		所在地・電話番号		
	病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○		
自己負担上限額	月額 10,000 円				
有効期限	平成 23 年 5 月 1 日 から 平成 24 年 3 月 31 日 まで (経過的特例が延長された場合は 平成 24 年 4 月 30 日 までとする)				
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの		特定疾病療養受療証	無	
医療の具体的方針					

上記のとおり認定する。　　福岡県知事　小 川　洋

平成△年△月△日

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として(代表者・福岡県知事)この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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領証を医療機関窓口に提出してください。

【事例】

経過的特例の対象者であり、自立支援医療(育成医療)の認定期間が「平成23年5月1日から平成24年3月31日まで(経過的特例が延長された場合は平成24年4月30日まで)」である場合。

○経過的特例が延長されましたので、この場合の有効期限は<u>平成24年4月30日まで</u>となります。

○経過的特例対象者に対し、今後交付される受給者証について

【これまでの受給者証】

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号	○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号	○○○○○○○		非該当	
受診者	フリガナ 氏名	イクセイ ジロウ 育成 次郎	性別	生年月日
			男	平成23年1月1日
	住所	○○市○○丁目○○番地の○		
	被保険者証の記号及び番号	00000000－0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000
保護者	フリガナ 氏名	イクセイ タロウ 育成 太郎	続柄	父
	住所	○○市○○丁目○○番地の○		
指定医療機関名	区分・名称		所在地・電話番号	
	病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○	
自己負担上限額	月額 10,000 円			
有効期限	平成24年2月4日 から 平成24年3月31日 まで（経過的特例が延長された場合は 平成24年6月30日 までとする）			
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの		特定疾病療養受療証	無
医療の具体的方針				

上記のとおり認定する。　福岡県知事　小川　洋

平成△年△月△日

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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領証を医療機関窓口に提出してください。

（経過的特例が延長された場合は平成○年○月○日までとする）といった記載が無くなります。

【今後交付する受給者証】

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号	○○○○○○○○		重度かつ継続	
自立支援医療費受給者番号	○○○○○○○		非該当	
受診者	フリガナ 氏名	イクセイ ジロウ 育成 次郎	性別	生年月日
			男	平成23年1月1日
	住所	○○市○○丁目○○番地の○		
	被保険者証の記号及び番号	00000000－0000	保険者	協会管掌健康保険組合家族 00000000
保護者	フリガナ 氏名	イクセイ タロウ 育成 太郎	続柄	父
	住所	○○市○○丁目○○番地の○		
指定医療機関名	区分・名称		所在地・電話番号	
	病院・診療所	○○大学病院	○○市○○丁目○○番地の○	
自己負担上限額	月額 10,000 円			
有効期限	平成24年3月13日 から 平成24年6月30日 まで			
公費負担の対象となる障害	音声・言語・咀嚼機能障害によるもの		特定疾病療養受療証	無
医療の具体的方針				

上記のとおり認定する。　福岡県知事　小川　洋

平成△年△月△日

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申し立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消を訴えることができます。
○なお、②の訴えは、異議申し立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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領証を医療機関窓口に提出してください。