



福岡医発第2695号(地)
平成28年 1月13日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」（平成27年厚生労働省令第150号）の施行に伴い、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則」（平成18年厚生労働省令第19号）等が一部改正されました。

自立支援医療（精神通院医療）支給認定の事務については、国の「自立支援医療費支給認定通則実施要綱」及び「福岡県自立支援医療（精神通院医療）申請の手引き」に基づき実施されているところですが、今般、国の規則改正に伴い別添の自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書等を一部改正した旨、別紙のとおり福岡県福祉労働部障害者福祉課より通知がありました。

主な改正内容は下記のとおりであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、平成28年1月1日以降の申請については、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に個人番号を記載する欄が追加されており、申請者の個人番号が必要となっておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
会長 廣瀬真恵

記

【申請書等の主な改正内容】

1. 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書の記載事項等に個人番号を追加
2. 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）の記載事項等に個人番号を追加

【添付資料】

- ・福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書について（通知）（平成27年12月21日付27障第4264号 福岡県福祉労働部障害者福祉課長通知）
- ・自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書
- ・自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）
- ・福岡県自立支援医療費（精神通院医療）申請手続きの手引き
- ・自立支援医療費の支給認定について（自立支援医療費支給認定通則実施要綱）
- ・申請に係るQ&A

福岡県医師会長
福岡県精神科病院協会会長
福岡県精神神経科診療所協会会長
福岡県薬剤師会長

殿

福岡県福祉労働部障害者福祉課長
(自立支援係)

福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書について（通知）

福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱の制定について（通知）

この度「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」（平成27年厚生労働省令第150号）の施行に伴い、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則」（平成18年厚生労働省令第19号）等が一部改正されました。

自立支援医療（精神通院医療）支給認定の事務については、国の「自立支援医療費支給認定通則実施要綱」及び「福岡県自立支援医療（精神通院医療）申請の手引き」に基づき実施しているところですが、国の規則改正に伴い別添の自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書等を一部改正しております。

このため、政令市を除く市町村に対し、別添の申請書等を送付しております。なお、平成28年1月1日以降の申請については、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に個人番号を記載する欄が追加されており、申請者の方の個人番号が必要になりますので併せてお知らせいたします。今後とも引き続き自立支援医療費（精神通院医療）支給認定につきまして、ご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

1 申請書等の主な改正内容

- ・自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書の記載事項等に個人番号を追加
- ・自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）の記載事項等に個人番号を追加

2 添付資料

- ・自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書
- ・自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）
- ・福岡県自立支援医療費（精神通院医療）申請手続きの手引き
- ・自立支援医療費の支給認定について（自立支援医療費支給認定通則実施要綱）
- ・申請に係るQ&A



自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書												
〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1												
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)				電話番号						
	個人番号											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)		父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()				
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)				電話番号 ※2						
	保護者個人番号											
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()										
	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											
	受診者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分 ※4	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・未申請				
	障害年金等 ※5	無		有 (種類：)								
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号						手帳の有効期限		年 月 日		手帳の等級		
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)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号								変更の時		
										追加・削除		
										追加・削除		
										追加・削除		
										追加・削除		
受給者番号 ※7						既存の受給者証の有効期限 ※7		年 月 日				
治療方針の変更 ※8		有 無				前年度診断書の添付 ※8、※9		有 無				
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 ※10						
年 月 日						福岡県精神保健福祉センター所長 殿						

※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）
他県からの転入・再発行（理由を記載すること）のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入する。

※3 該当する保険の種類全てに○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 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別
児童扶養手当等の種類も記入。）

※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に○をする。

②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。

※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。

※8 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。

※9 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況に○をする。

※10 申請者氏名については、記名押印（印鑑は3枚全てに押すこと）又は自筆による署名の
いずれかとする。

注）申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市町村受付印

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)				電話番号						
	個人番号											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)	父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()					
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)				電話番号 ※2						
	保護者個人番号											
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()										
	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											
	受診者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分 ※4	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・未申請			
	障害年金等 ※5	無	有 (種類:)									
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号							手帳の有効期限	年	月	日	手帳の等級	級
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) 種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医 療 機 関 名 ・ 所 在 地 ・ 電 話 番 号									変更の時	
											追加・削除	
											追加・削除	
											追加・削除	
											追加・削除	
受給者番号 ※7							既存の受給者証の有効期限 ※7	年	月	日		
治療方針の変更 ※8		有		無		前年度診断書の添付 ※8、※9		有		無		
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 ※10						
		年	月	日	福岡県精神保健福祉センター所長				殿			

自治体記入欄（再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。）

受付市町村名											
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・未申請			
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・未申請			
所得確認書類	個人番号		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					
診断書の提出		医療用(1年目)		医療用(2年目)		手帳用(1年目)		手帳用(2年目)		手帳で新規	
備 考											
		市町村受付印									

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書															
〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1															
障害者 児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日					
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)				電話番号									
	個人番号														
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係（いずれかに○）				父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他（ ）					
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)				電話番号 ※2									
	保護者個人番号														
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、船保（本人・家族）、各種共済（本人・家族）、老保、労災、生保（受給中・申請中）、その他（ ）													
	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														
	受診者と同一保険の加入者個人番号														
	該当する所得区分 ※4	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・未申請					
	障害年金等 ※5	無 有（種類： ）													
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号						手帳の有効期限				年 月 日				手帳の等級	級
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） 種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医 療 機 関 名 ・ 所 在 地 ・ 電 話 番 号										変更の時			
												追加・削除			
												追加・削除			
												追加・削除			
												追加・削除			
受給者番号 ※7						既存の受給者証の有効期限 ※7				年 月 日					
治療方針の変更 ※8		有 無				前年度診断書の添付 ※8、※9				有 無					
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 ※10															
年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿															

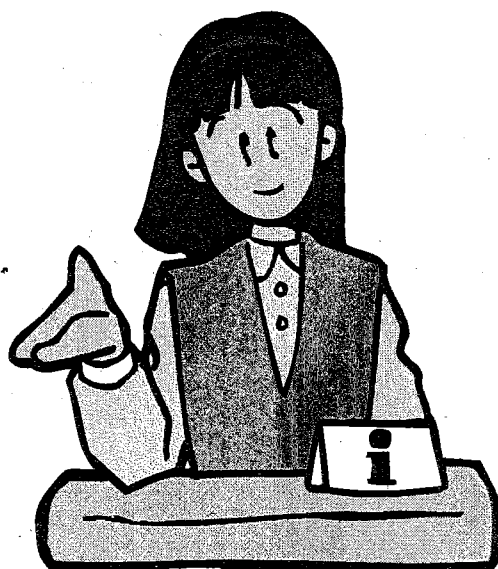
自治体記入欄（再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。）

受付市町村名															
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・未申請							
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・未申請							
所得確認書類		個人番号 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									
診断書の提出		医療用（1年目） 医療用（2年目） 手帳用（1年目） 手帳用（2年目） 手帳で新規													
備考						認定日		精神保健福祉センター受付印		市町村受付印					

(平26規則32・一部改正)

※ 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。

福岡県自立支援医療（精神通院医療） 申請手続きの手引き



福 岡 県

目 次

1 自立支援医療（精神通院医療）について	．．．．． P 1
2 申請から受給者証の交付まで	．．．．． P 4
3 自立支援医療(精神通院医療)申請	
①申請（新規・再認定）	．．．．． P5
②他県転入	．．．．． P7
③再発行	．．．．． P 8
④変更申請	．．．．． P 9
⑤記載事項変更届	．．．．． P 10
⑥返還	．．．．． P 10

自立支援医療（精神通院医療）について

1 自立支援医療（精神通院医療）の概要

精神通院医療は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒、そのほかの精神疾患（てんかんを含む）を有するもので、通院医療による精神医療を継続的に要する病状にあるものに対し、通院のための医療費の自己負担を軽減するものです。

2 精神通院医療の範囲

精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療（外来、外来での投薬、デイ・ケア、訪問看護等が含まれます）が対象となります。当該精神障害に起因して生じた病態とは、精神障害の症状である躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態等によって生じた病態のことです。

注意 次のような医療は対象外となります。

- ・入院医療の費用
- ・公的医療保険が対象とならない治療、投薬などの費用
（例：病院や診療所以外でのカウンセリング）
- ・精神疾患・精神障害と関係のない疾患の医療費

3 対象となる精神疾患

- (1) 病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) 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)
- (7) 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F5)
- (8) 成人の人格及び行動の障害 (F6)
- (9) 精神遅滞 (F7)
- (10) 心理発達の障害 (F8)
- (11) 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (F9)

※ (1)～(5) は高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の対象疾患

4 医療費の自己負担

原則一割負担（「世帯」の所得水準に応じて負担上限額の設定あり）となります。

（例：かかった医療費が7,000円、医療保険による自己負担（3割）で2,100円の場合、精神通院医療制度による自己負担は700円になります。）

生活保護世帯は、自己負担0円（精神通院公費で全額支給）

なお、自立支援医療においては、受診者の属する「世帯」の所得層に応じて、負担上限額を設定します。「世帯」とは公的医療保険上の単位とします。（※1）

（※1）原則住民票上の世帯とは関係なく、「同じ公的医療保険に加入している家族」により判断します。

（住民票が別でも同一保険単位なら同一「世帯」）公的医療保険の加入者が異なる場合、税制上の扶養控除の関係にあったとしても別「世帯」です。

これを図にすると以下のとおりとなります。

自立支援医療の対象者、自己負担の概要（精神通院医療）

第54条第1項、第58条第3項第1号関係

1. 対象者：精神通院医療の対象者であって一定所得未満の者（☐ 加色部分）

2. 給付水準：自己負担については所得水準に応じて1月あたりの負担額を設定。また、入院時の食費（標準負担額）については自己負担。

生活保護世帯	低所得層		中間所得層		一定所得以上
	市町村民税非課税 本人収入 ≤ 80万	市町村民税非課税 本人収入 > 80万	市町村民税 < 3万3千 (所得割)	3万3千 ≤ 市町村民税 < 23万5千 (所得割)	(23万5千 ≤ 市町村民税(所得割))
生活保護 負担0円	低所得1 1月あたりの負担額 2,500円	低所得2 1月あたりの負担額 5,000円	中間所得層 1月あたりの負担額：医療保険の自己負担限度額		一定所得以上 公費負担の対象外
			重度かつ継続 中間所得層1 1月あたりの負担額 5,000円	重度かつ継続 中間所得層2 1月あたりの負担額 10,000円	※ 一定所得以上(経過措置) 1月あたりの負担額 20,000円

3. 「重度かつ継続」の範囲（中間所得層1及び2の ☐ 加色部分、一定所得以上 ☐ 加色部分）

- ・ 疾病、症状等から対象となる者
 - 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）
 - ②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- ・ 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

※印（☐ 加色部分）一定所得以上（重度かつ継続）は、平成30年3月31日までの経過的特例措置

《所得の確認の仕方について》

(参考) 自立支援医療における「世帯」の所得に考え方の具体例

*AとBを親、Cをその子、健康保険は被用者保険として記述します。

事例1

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方	受診者	所得勘案
A 健康保険の被保険者本人	ABC は同一「世帯」	A	A
B 健康保険においてAの被扶養者		B	A
C 健康保険においてAの被扶養者		C	A

事例2

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方	受診者	所得勘案
A 健康保険の被保険者本人	AC は同一「世帯」 B は単独「世帯」	A	A
B Aと同じ健康保険だが被保険者本人 Aとは別健康保険において被保険者本人		B	B
C 健康保険においてAの被扶養者		C	A

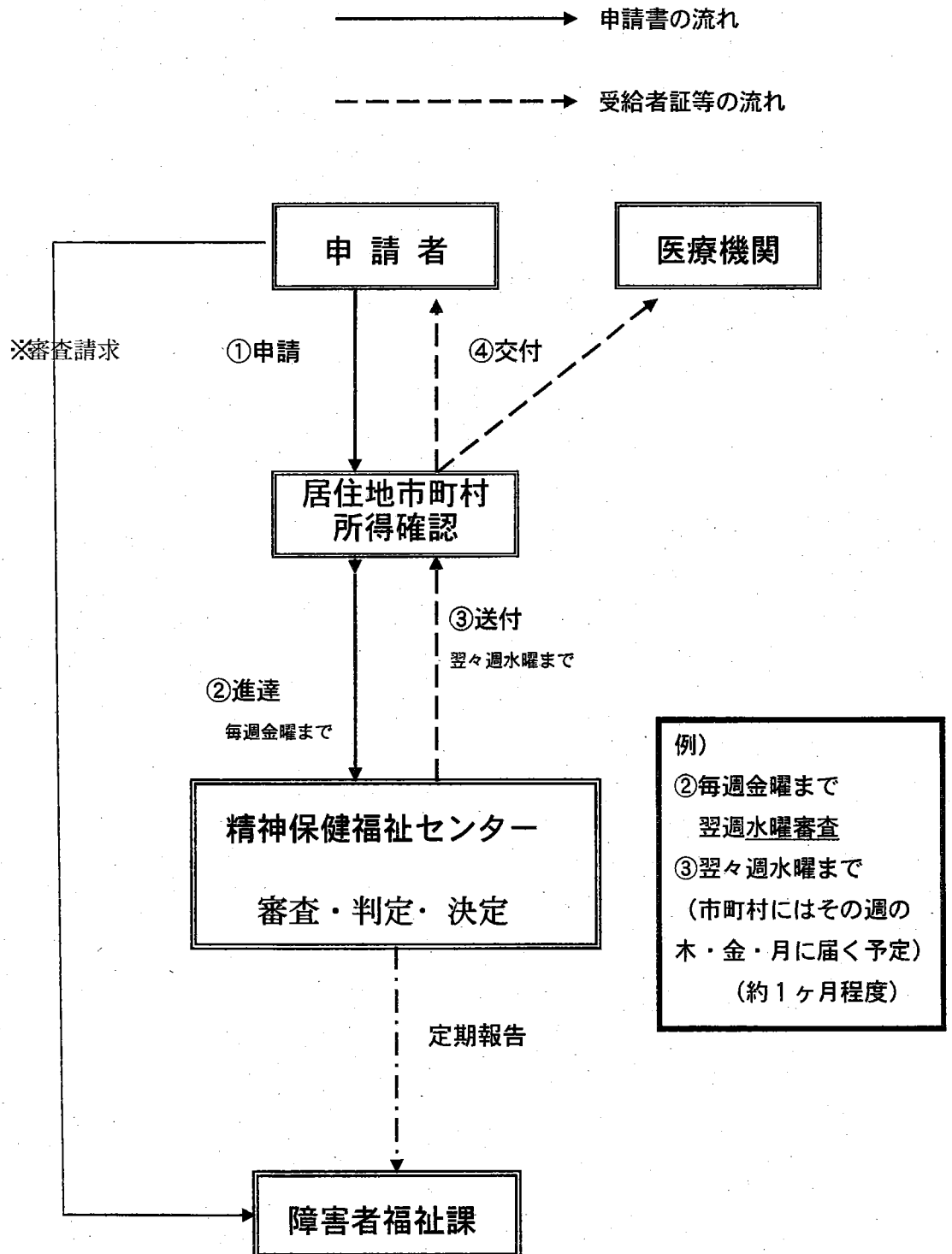
事例3

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方	受診者	所得勘案
A 国民健康保険の被保険者かつ世帯主	ABC は同一「世帯」	A	ABC
B 国民健康保険の被保険者		B	ABC
C 国民健康保険の被保険者		C	ABC

事例4

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方	受診者	所得勘案
A 後期高齢者医療制度の被保険者かつ世帯主	AB は同一「世帯」 C は単独「世帯」	A	AB
B 後期高齢者医療制度の被保険者		B	AB
C 国民健康保険の被保険者		C	C

自立支援医療（精神通院医療）申請書（受給者証・上限額管理票）の流れ



〈申請の種類〉

自立支援医療〈精神通院医療〉

	新規申請	再認定申請 認定期間の終了する日の3ヶ 月前から申請できます	注意事項
申請者が市町村へ提出する書類	① 支給認定申請書 (様式9号) ② 精神通院医療用 診断書(様式第12号) ③ 保険者証の写し ④ 「世帯」の課税状 況に関する書類 ※印鑑(自署の場合不要) *既に手帳の交付をうけ ている者が新規申請を行 う場合(詳細は手帳申請手 続きの手引きP10を参照) ① 支給認定申請書 (様式9号) ③ 保険者証の写し ④ 「世帯」の課税状 況に関する書類 ⑥ 手帳の写し(診断 書にて承認のもの)	① 支給認定申請書 (様式9号) ② 精神通院医療用診 断書(様式第12号)・・・ 前年度診断書の添付が あれば、原則診断書は不 要。 ③ 保険者証の写し ④ 「世帯」の課税状 況に関する書類 ⑤ 受給中の受給者証	① 受診者が18歳未満の場合、原則保護者が申請者。 ② (ア) 診断日から3ヶ月以内のもの。 (イ) 再認定申請時、治療方針の変更がない場合 2年に一度の提出。 ③ (ア) 国保・後期高齢者の場合→受診者及び同じ 加入関係にある国保又は後期高齢者の全員の保険 証の写し。 (イ) 健康保険の場合→受診者及び被保険者の保 険証の写し。 ④ (ア) 市町村で確認できる場合→課税確認のため の同意書等。 (イ) 非課税世帯の場合→受診者本人の障害年金 等の一年間分の収入がわかるもの。
市町村の受付及び確認事項	(1) 申請書と添付資料が揃っていることを確認し、記入もれや申請内容等の不備がないよう十分内 容を点検の上、受付。 (2) 1枚目(申請者控)を申請者に渡す。 【受付印の日付は、郵送で提出を受けた場合には、原則として消印の日。】 (3) 新規申請の場合「新規」を、継続申請の場合「再認定」を○で囲む。 【期限切れ申請の場合、「新規」を○で囲んでください。再登録申請となります。】 (4) 印もれ及び記入もれはないか確認。 【申請書は3枚綴りなので押印箇所は3カ所。郵便番号、保険者名・保険証の記号番号等の記載確認。 受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名等も必要。】 (5) 施設入所の場合、住所欄には施設住所の他に、施設名を()書きで併せて記入。 (6) 県が指定した医療機関・薬局・訪問看護ステーション等であるか確認。種別にも病院、 デイケア、訪問看護等の記入をすること。 (7) 申請できる医療機関は、原則一医療機関一薬局。ただし、複数申請する必要がある場合は、診 断書に「必要性、医療の重複が無いこと、連携ができているか等」記載されているか確認。 (8) 保険証にて、「世帯」を確認の上、「世帯」の課税状況に応じて所得区分の認定を行う。 (9) 自治体記入欄の「今回所得区分」、「所得確認書類」について該当する項目に○を付ける。		

〈申請の種類〉

自立支援医療〈精神通院医療〉

	新規申請	再認定申請	注意事項
センターへの送付書類	① 支給認定申請書(様式9号) ② 精神通院医療用診断書(様式第12号)または、 ⑥手帳の写し(診断書にて承認のもの)→既に手帳の交付をうけている者が新規申請を行う場合 ③ 保険者証の写し		左記、①、②(または⑥)、③の順で左上の隅を糊付けし、「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)申請者名簿」を添え、提出。 ②…診断書がA3の場合、中折にする。
交付	(1) 精神保健福祉センターで審査の結果、 (ア) 認定された場合は「自立支援医療受給者証(精神通院医療)(様式第16号)」(平成27年4月1日以降交付分から様式が変更し、自己負担上限額管理票が一体化)を交付。 (イ) 認定されなかった場合は「却下決定通知書(様式第18号)」を送付。 (2) 診断書の記載事項に不備等がある場合に付箋用紙(保留用)が添付され、保留になることがあります。その際は、医療機関へ返送して下さい。 (3) 認定期間の始期について… *新規申請(再登録申請)の場合* 市町村長が申請書を受理した日とし、終期はその始期から1年以内の日で月の末日たる日。 (例) 新規申請(再登録申請)で、平成27年5月15日に受理した場合 平成27年5月15日～平成28年4月30日 *再認定申請の場合* 前回の認定期間の満了日の翌日とし、終期はその始期から1年以内の日で月の末日たる日。 (例) 再認定申請で、平成27年4月30日に満了した場合 平成27年5月1日～平成28年4月30日		

〈申請の種類〉

自立支援医療〈精神通院医療〉

	他県転入	注意事項
申請者が市町村へ提出する書類	① 支給認定申請書(様式第9号) ② 保険者証の写し ③ 「世帯」の課税状況に関する書類 ④ 旧診断書の写し ⑤ 旧受給者証 ⑥ 同意書 ※移転前自治体へ照会を行う。	(1)原則、両政令市(北九州市・福岡市)を含め、他都道府県で受給者証の交付を受けた者が有効期間内に転入してきた場合は、転入先の県において改めて申請(新規扱い)をする必要がある。(この場合は前頁の新規申請の方法で処理する。) (2)移転前自治体で支給認定された受給者証に有効期間が残っている場合、左記の書類の提出を確認することにより、申請を受理することができるが、以下を申請者に十分に説明し、納得を得ることが肝要。 (ア) 旧診断書の写し及び旧受給者証がない場合は同意書が必要であること。 (イ) 処理には相当の時間が必要なこと。 (ウ) 結果的に新規の取扱いになることもあり得ること。
市町村の受付及び確認事項		(1) 申請書と添付資料が揃っていることを確認し、記入もれや申請内容等の不備がないよう十分内容を点検の上、受付を行い(※旧診断書(写)及び旧受給者証が無い場合は、移転前自治体へ照会を行う。その場合は、申請書とその他の書類が揃った日に受付印を押して構いません。) (2)1 枚目(申請者控)を申請者に渡す。 【受付印の日付は、郵送で提出を受けた場合には、原則として消印の日。】 (3) 他県からの転入を○で囲む。 (4) 印もれ及び記入もれはないか確認。 【申請書は3枚綴りなので押印箇所は3ヵ所。郵便番号、保険者名・保険証の記号番号等の記載確認。受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名等も必要。】 (5) 施設入所の場合、住所欄には施設住所の他に、施設名を()書きで併せて記入。 (6) 県が指定した医療機関・薬局・訪問看護ステーション等であるか確認。種別にも、病院、デイケア、訪問看護等の記入をすること。 (7) 他県転入(転入前の受給者証にて申請)する場合、認定期間の始期については、市町村長が申請書を受理した日とし、終期は転居前の都道府県で認定された受給者証の有効期限までとする。 その際、実際の転居日や保険の住所変更日と相違があっても支障ない。
センターへの送付書類	①支給認定申請書(様式第9号) ②保険証の写し ③「世帯」の課税状況に関する書類 ④旧診断書の写し ⑤旧受給者証	左記①～⑤の順で左上の隅をクリップどめし、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)申請者名簿(転入に○をつけ)を添え、提出。

〈申請の種類〉

自立支援医療（精神通院医療）

再発行	再発行	注意事項
申請者が市町村へ提出する書類	① 支給認定申請書（様式第9号）	再発行の理由を確認する。
市町村の受付及び確認事項	(1) 再発行を○で囲む。 (2) 再発行を必要とする理由（破損・汚損・紛失等）を記入。 (3) 印もれ及び記入もれはないか確認。 【申請書は3枚綴りなので押印箇所は3カ所。郵便番号、保険者名・保険証の記号番号等の記載確認。申請者が18歳未満の場合は、保護者の氏名等も必要。】 (4) 最新の情報で再発行を行うため、自治体記入欄以外は全項目の記載をお願いします。 (5) 申請書2枚目以降の自治体記入欄は記入の必要がないため斜線を引いて下さい。	
センターへの送付書類	① 支給認定申請書（様式第9号）	左記①と、「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費（精神通院医療）申請者名簿（再発行に○をつけ）」を添え、提出。
交付	精神保健福祉センターで生年月日や受給者番号等により確認のうえ、新たに受給者証（平成27年4月1日以降交付分から様式が変更し、自己負担上限額管理票が一体化）を再発行し、市町村へ送付します。	

〈申請の種類〉

自立支援医療〈精神通院医療〉

	変更申請	注意事項
申請者が市町村へ提出する書類	① 支給認定申請書(様式9号) ② 負担額に関する事項の変更の場合→保険証、所得に関する書類、重度かつ継続の意見書等確認に必要な書類 ③ 受給者証原本 ④ 自己負担上限額管理票(H27.4.1以降交付分から様式変更し受給者証と一体化)	*受給者証の交付を受けた者は、次の事項に変更があった場合においては、速やかに変更申請を行う必要があります。 (1) <u>負担額に関する事項</u> (ア) 保険の種類が変更となり、「世帯」の課税状況に変更が生じ、負担上限額が変更となる場合 (イ) 生活保護が廃止となった場合(もしくは、生活保護が支給開始となった場合) (ウ) 再認定申請で、所得額が前回と変更となる場合 (エ) 中間所得層で認定後に「重度かつ継続」の意見書が提出された場合 (2) <u>指定自立支援医療機関等の変更、追加及び削除</u> (ア) 通院医療機関、薬局、訪問看護ステーション、その他の機関(デイケア)等についての変更、追加及び削除 ●これらの変更申請を受け、自己負担額の設定・変更は、変更決定日(受付日)の翌月初日から適用。(生活保護関連では、廃止日・開始日に遡及。)医療機関変更は、受付日から適用。
市町村の受付及び確認事項	(1) 申請書と添付資料が揃っていることを確認し、記入もれや申請内容等の不備がないよう十分内容を点検の上、受付。 【受付印の日付は、郵送で提出を受けた場合には、原則として消印の日。】 (2) 変更を○で囲む。 (3) 印もれ及び記入もれはないか確認。 【申請書は3枚綴りなので押印箇所は3カ所。郵便番号、保険者名・保険証の記号番号等の記載確認。申請者が18歳未満の場合は、保護者の氏名等も必要。】 (4) 今回変更(追加・削除)した内容も記入もれがないようにして下さい。指定医療機関等の変更の際には、新・旧機関名等を記載し、変更の時の欄の追加及び削除を○で囲む。 (5) 申請書を受理した市町村長は、変更申請の内容を確認の上、受給者証を訂正して確認印を押印し、申請者に返して下さい。	
センターへの送付書類及び交付	① 支給認定申請書(様式9号) ② 保険証の写し(保険の変更の場合) ③ 訂正後の受給者証の写し	「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)記載事項変更者名簿」を添えて、左記①、③、②の順で左上の隅を糊付けし提出。 なお、訂正した上限額管理票の写しの送付は不要です。

〈申請の種類〉

自立支援医療〈精神通院医療〉

	記載事項変更届 (前ページの変更申請以外)	注意事項
申請者が市町村へ提出する書類	① 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(様式20号) ② 受給者証原本 ③ 被保険者証の写し(保険の変更の場合)	*次の事項に変更があった場合においては、速やかに届出を行う必要があります。なお、その変更に伴い「自己負担上限額」及び「指定自立支援医療機関等」の変更等が生じた場合においては、前頁の<u>変更申請(様式第9号)</u>も必要です。 (7) 受診者本人に関する事項・・・氏名・住所・電話番号 (4) 保護者に関する事項・・・氏名・住所・電話番号 (6) 被保険者証に関する事項(負担額に変更が生じない場合)・・・記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者
市町村の受付及び確認事項	(1)印もれ及び記入もれはないか確認。 (2)申請書には、氏名・住所・生年月日・受給者番号等を必ず記載の上、今回変更(追加・削除)した内容も記入もれがないようにしてください。 (3)変更届を受理した市町村長は、保険者証等で変更届の内容を確認の上、受給者証を訂正して確認印を押印し、本人に返してください。	
交付及びセンターへの送付書類	① 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(様式20号) ② 訂正後の受給者証の写し ③ 被保険者証の写し(保険の変更の場合)	① 「記載事項変更届」に②訂正後の受給者証の写しを添付し、「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)記載事項変更者名簿」を添え、提出。

返還

注意事項等	*「精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費(精神通院医療)返還名簿」に添えて精神保健福祉センターへ送付してください。 ・受給者証の交付を受けた者または保護者は、認定期間が満了したとき、死亡したとき、また、法57条に規定する支給認定の取消し(自立支援医療を受ける必要がなくなったとき)に該当し受給者証の返還を求める場合は、速やかにその受給者証を居住地の市町村長を経て県知事に返還しなければなりません。
-------	--

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書 （新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ））※1														
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)				電話番号								
	個人番号													
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)			父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()					
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)				電話番号 ※2								
	保護者個人番号													
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()												
	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													
	受診者と同一保険の加入者個人番号													
	該当する所得区分 ※4	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・未申請			
障害年金等 ※5	無		有 (種類：)											
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号						手帳の有効期限		年 月 日		手帳の等級		級		
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) 種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号										変更の時		
												追加・削除		
												追加・削除		
												追加・削除		
												追加・削除		
受給者番号 ※7						既存の受給者証の有効期限 ※7		年 月 日						
治療方針の変更 ※8		有		無		前年度診断書の添付 ※8、※9		有		無				
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 ※10										
年 月 日				福岡県精神保健福祉センター所長 殿										

- ※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）・他県からの転入・再発行（理由を記載すること）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 該当する保険の種類全てに○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 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）
- ※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に○をする。
②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。
- ※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。
- ※8 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。
- ※9 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況に○をする。
- ※10 申請者氏名については、記名押印（印鑑は3枚全てに押すこと）又は自筆による署名のいずれかとする。

注）申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市町村受付印

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書															
〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1															
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日					
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)							電話番号						
	個人番号														
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)			父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()						
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)							電話番号 ※2						
	保護者個人番号														
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()													
	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														
	受診者と同一保険の加入者個人番号														
	該当する所得区分 ※4	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・未申請					
障害年金等 ※5	無	有 (種類：)													
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号								手帳の有効期限	年 月 日		手帳の等級	級			
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)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医 療 機 関 名 ・ 所 在 地 ・ 電 話 番 号										変更の時			
												追加・削除			
												追加・削除			
												追加・削除			
												追加・削除			
受給者番号 ※7								既存の受給者証の有効期限 ※7	年 月 日						
治療方針の変更 ※8		有 無					前年度診断書の添付 ※8、※9	有 無							
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 ※10															
年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿															

自治体記入欄（再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。）

受付市町村名														
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・未申請					
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・未申請					
所得確認書類	個人番号 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									
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規													
備考	市町村受付印													

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書														
〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1														
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)						電話番号						
	個人番号													
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)		父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()						
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)						電話番号 ※2						
	保護者個人番号													
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()												
	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													
	受診者と同一保険の加入者個人番号													
	該当する所得区分 ※4	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・未申請				
	障害年金等 ※5	無		有 (種類：)										
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号						手帳の有効期限		年 月 日		手帳の等級	級			
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)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号										変更の時		
												追加・削除		
												追加・削除		
												追加・削除		
												追加・削除		
受給者番号 ※7						既存の受給者証の有効期限 ※7		年 月 日						
治療方針の変更 ※8		有 無				前年度診断書の添付 ※8、※9		有 無						
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 ※10														
年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿														

自治体記入欄（再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。）

受付市町村名														
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・未申請					
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・未申請					
所得確認書類	個人番号 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									
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規													
備 考					認定日		精神保健福祉センター受付印		市町村受付印					

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
住所		
① 病名 (ICD コードは、F00～F99, G40 のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICD コード () (2) 従たる精神障害 _____ ICD コード () (3) 身体合併症 _____	
② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月日、発病状況) 及び治療の経過		
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んで下さい。)		
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		
(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()		
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()		
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()		
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()		
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()		
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 ()		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 ()		
(10) 知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()		
(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()		
(12) その他 ()		

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、検査所見等 (てんかんの場合は直近の脳波施行年月日も併せて記入して下さい)		
⑤ 現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)		
⑥ 今後の治療方針		
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)		
⑧ 備考		
上記のとおり、診断します。 医療機関所在地 _____ 年 月 日 医療機関の名称 _____ 診療担当科名 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 (自署または記名捺印) _____ ㊟		
以下は主たる精神障害の ICD カテゴリーが F0・F1・F2・F3・G40 以外の場合のみ記入して下さい。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。		
⑨ 「重度かつ継続」に関する意見 (該当 ・ 非該当)	医師の略歴 ※該当の場合は、右側の医師の略歴の該当する番号に○をして、必要事項を記入して下さい。	(1) 精神保健指定医 (精神保健指定医 号) (2) 精神科医 精神科医として従事した期間 (年 月) ※ (1) 精神保健指定医の場合は記入不要です。 (3) その他の医師 主に診療した精神障害 (例: 児童思春期精神疾患) 上記の従事期間 (年 月)

*判定

承認

不承認

保留

様式第16号（第9条関係）（平27規則22・全改）

第五編 保健福祉

第七章 障害者自立支援

（福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則）

一五九〇ノ九一

自立支援医療受給者証（精神通院医療）（一）				
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				
受診者	フリガナ氏名			
	性別		生年月日	
	住所			
	被保険者証の記号及び番号			
	保険者名			
保護者 受診者が18歳未満 の場合記入	フリガナ氏名			続柄
	住所			
自己負担上限額		月額 円		

A W [福岡例V⑥三二三五〓七]

自立支援医療受給者証(精神通院医療) (二)			
指 定 医 療 機 関 名	種別	名称・所在地・電話番号	
		「自立支援医療受給者証(精神通院医療) (三)」に続く。	
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
支給要件の 確認方法		次回更新時の 診断書要否	
上記のとおり認定する。 福岡県精神保健福祉センター所長 印 年 月 日			

第五編 保健福祉

第七章 障害者自立支援

(福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則)

一五九〇ノ九二ノ一

自立支援医療受給者証(精神通院医療) (三)		
指 定 医 療 機 関 名	種別	名称・所在地・電話番号

備 考

- 1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条の規定に基づく自立支援医療費の支給を受ける場合には、この受給者証を指定自立支援医療機関に提出してください。
- 2 受給者証に記載してある受診者の氏名、住所、保護者の氏名、続柄、住所及び保険の種類が変わったときは、受診者の居住地を管轄する市町村長を経由して、福岡県知事に届け出てください。
- 3 受給者証に記載してある自己負担上限額、指定自立支援医療機関に変更がある場合、または指定自立支援医療機関を追加されたい場合は、あらかじめ受診者の居住地を管轄する市町村長を経由して、福岡県知事に変更申請をしてください。
- 4 継続して申請するときは、有効期限の終了する3か月前から1か月前までの間に申請してください。
- 5 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日以内に福岡県知事に対して審査請求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、福岡県を被告として(訴訟において県を代表する者は県知事となります。)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日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求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、その審査請求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、その審査請求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。)。

付表 自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票

自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票 年 月分				
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				
日付	医 療 機 関 名	自己負担額	自己負担額累積額	自己負担額徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

様式第 11 号(第 8 条関係)

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

(自立支援医療(精神通院医療用))

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(自署または記名押印)

番 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事
〇〇〇〇市町村長

印
印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53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。）。

(参考様式)

自立支援医療用理由書 (複数の医療機関で治療を行う理由)

①氏 名		男 ・ 女
②生年月日	M・T・S・H	年 月 日
③当院以外で受診 を必要とする医 療機関名		
④③で治療を行う ことが必要な理 由		
平成 年 月 日		
医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名 印 (自書または記名押印)		

(平26規則32・一部改正)

※、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。

〈依頼文例〉

第 号
平成 年 月 日

(転出元自治体) 長 殿

(転入先自治体) 長名

障害者自立支援医療(精神通院医療)における支給認定有効期間内の
転居に伴う関係書類等について(照会)

このことについて、貴職において支給認定されていた下記の方が当方へ転入され、
障害者自立医療(精神通院医療)の申請がありました。

今回ご本人の要望により、現在承認されている有効期間を引き続き承認するよう
申請されています。

つきましては、ご多忙中申し訳ありませんが下記事項について、「写し」等送付
いただきますようお願いいたします。

なお、今回の照会は別添(写)のとおり、ご本人の同意を得て照会しています
ことを申し添えます。

記

1 貴職での支給認定状況

- (1) 受給者番号
- (2) 氏 名 (男・女)
(T・S・H 年 月 日生)
- (3) 重度かつ継続 該当・非該当・未申請
- (4) 自己負担上限額 円
- (5) 有効期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

2 必要とする照会事項

- (1) 「診断書(自立支援医療(精神通院医療用))」の写し
- (2) 「重度かつ継続の意見書」の写し
- (3) 「自己負担上限額」決定のための課税状況
〈現在の世帯状況〉
 - ① 氏名(続柄)
 - ② 氏名(続柄)

問い合わせ先
自治体名・担当者名

障発第0303002号

平成18年3月3日

(改正 障発第0113第2号 平成23年1月13日)

(改正 障発第0322第1号 平成24年3月22日)

(最終改正 障発第0315第3号 平成25年3月15日)

各 { 都道府県知事
指定都市市長
中核市市長 } 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長

自立支援医療費の支給認定について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。）に基づく自立支援医療については、本年4月1日から施行されるところであるが、標記について、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（別紙1）、自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（別紙2）、自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（別紙3）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（別紙4）を作成したので、本年4月1日から、これらを参考に支給認定を行うとともに、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮を願いたい。

なお、昭和62年7月3日児発第593号「身体に障害のある児童に対する育成医療の給付について」、平成5年3月30日社援更発第89号「更生医療の給付について」、昭和40年9月15日衛発第648号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」及び昭和59年10月25日社更発第169号「更生医療の給付に係るいわゆる自己負担額の算定方法について」は、本通知の施行に伴い廃止する。

また、昭和45年10月21日社更発第89号「先天性心臓疾患による心臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和54年5月10日社更発第56号「じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和55年5月20日社更発第82号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当

する医療機関の指定について」、昭和57年3月23日社更発第43号「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正」の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」、昭和61年9月22日社更発第158号「小腸機能障害者に対する更生医療の給付について」及び平成10年4月8日障発第230号「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害者に対する更生医療の給付について」に定める更生医療の給付の決定等については、本通知手続を参考にして行われたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」とする。）の支給認定（以下「支給認定」という。）についての事務手続運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第1 定義

- 1 障害者又は障害児の保護者を「障害者等」という。
- 2 指定自立支援医療の提供を受ける障害者又は障害児を「受診者」という。
- 3 自立支援医療費の支給を受ける障害者等を「受給者」という。
- 4 自立支援医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 5 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 6 申請者並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）第29条第1項に規定する支給認定基準世帯員で構成する世帯（自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「世帯」という。
- 7 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳を「手帳」という。

第2 精神通院医療の対象及び医療の範囲

- 1 精神通院医療の対象となる者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者又はてんかんを有する者で、精神通院医療の対象となる障害は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の19に定めるとおり通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害（てんかんを含む。）とする。
- 2 精神通院医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療とする。

ここで、当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当する医師）によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、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）に基づいて医療が行われる

ので、範囲外とする。

- 3 また、症状が殆ど消失している患者であっても、障害の程度が軽減している状態を維持し、又は障害の再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

- 1 支給認定の申請については、申請書に次の書類を添付して行う。

(1) 支給認定の申請のみを行う場合

- ・ 指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による別紙様式第7号による診断書（以下「医師の診断書」という。）及び令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）に該当する旨を申請する場合にあっては、別紙様式第8号による「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）（以下「「重度かつ継続」に関する意見書」という。）
- ・ 受診者及び受診者と同じの「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）
- ・ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

- ・ 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師であって指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師による精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による診断書（以下「精神障害者保健福祉手帳用の診断書」という。）及び重度かつ継続に該当する旨を申請する場合にあっては、「重度かつ継続」に関する意見書
- ・ 被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

- (3) (1)に規定する医師の診断書又は(2)に規定する精神障害者保健福祉手帳用の診断書（重度かつ継続の該当者にあっては、加えて「重度かつ継続」に関する意見書。以下「診断書等」という。）については、直近の支給認定に係る申請において、これを添付している障害者等が、当該支給認定の有効期間満了後も引き続き当該精神通院医療に係る自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合であって、直近の支給認定に係る申請時点から当該申請に係る障害者等に病状の変化及び治療方針の変更がない場合は、省略することができる。

ただし、直近の支給認定に係る申請の際に所得区分が生活保護、低所得1又は低所得2で「重度かつ継続」に関する意見書を添付していなかった場合であって、今回、「重度かつ継続」の申請を行う場合は、当該意見書の添付の省略はできないものとする。

- 2 申請書は、受給者の居住地を管轄する市町村長（特別区にあっては区長。以下同じ。）に提出するものとする。提出を受けた市町村においては、申請書、添付資料等を確認の上、該当する所得区分等を記入して都道府県に進達するものとする。
- 3 支給認定の申請は、現に支給認定を受けている者がその継続のために申請する場合には、支給認定の有効期間の終了する日の概ね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

- 1 都道府県知事（指定都市にあっては市長。以下同じ。）は、所定の手続による申請書を受理したときは、次により審査を行う。

- (1) 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合

精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定すること（本要綱第3の1の(3)に基づき、診断書等の添付が省略されている場合はこの限りでない。）。精神保健福祉センターは、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

都道府県知事は、支給認定を行うことを決定をしたときは別紙様式第2号による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、別紙様式第5号による通知書を受給者の居住地を管轄する市町村長を経由して申請者に交付する。

- (2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合

速やかに精神障害者保健福祉手帳の交付の可否についての所定の審査を行い、手帳の交付の決定をしたときは手帳を交付する。また、支給認定を行った場合は、受給者証を交付する。

なお、精神保健福祉センターが手帳の交付の適否について判定を行う際には、手帳の交付については否とする場合でも、別記の判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を都道府県知事に報告すること。都道府県知事は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに自立支援医療費の支給認定を行うかどうかを決定すること。

この場合、手帳の交付又は支給認定の一方又は両方を行わないこととする場合には、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領による却下通知書を交付すること。

- (3) 手帳を所持している者が自立支援医療費の支給認定の新規の申請を行う場合

- ① 手帳の有効期間の満了日までの期間内を有効期間とする支給認定を行う場合
 - ・ 重度かつ継続に該当する新規の申請を行う場合は、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況及び「重度かつ継続」に関する意見書により重度かつ継続に該当するかを確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。

- ・ 重度かつ継続に該当しない新規の申請を行う場合は、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況を確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。

② ①以外の場合

(1) に準じて行うこと。

(4) 支給認定時の投薬状況の確認等について

厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム：過量服薬対策ワーキングチームにおいてとりまとめた「抗不安薬・睡眠薬の処方実態に関する報告」等を踏まえた対応及び自立支援医療費の適正化の観点からも、支給認定時等において以下の対応をお願いしたい。

① 支給認定時の投薬状況の確認

- ・ 支給認定の際、申請者から提出される診断書の投薬内容に同一種類の向精神薬が3種類以上処方されているか確認する。
- ・ 同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合には、指定自立支援医療機関（病院・診療所）から理由を求める。
- ・ 不適正な事例が認められる場合は、過去の投薬状況を確認し、治療方針等を十分に審査した上で、支給認定を行うこと。

② 支給認定後の対応

- ・ 支給認定の際に①に該当した者等、今後も引き続き確認が必要であると判断された者がいた場合については、指定自立支援医療機関から診療録等の提出を求め、支給認定期間中の治療状況を把握する。
- ・ 投薬状況が不適切と思われる場合については、指定自立支援医療機関（病院・診療所）から治療（向精神薬の処方）に関する理由書の提出を求め、必要に応じ改善に向けた助言や指導等を実施する。

- 2 受給者証の「有効期間」欄には、支給認定の有効期間を記入すること。支給認定の有効期間は、新規の申請の場合には、市町村が申請を受理した日を始期とし、その始期から1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。また、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合には、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期より1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。
- 3 受給者証の交付を受けた者が氏名を変更したとき、同一の都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の区域内において居住地を移したとき、所得の状況に変化が生じたとき、「世帯」の状況が変化したとき、又は保険の種類に変更が生じた場合については、申請と同様に市町村長を経由して、都道府県知事に届け出させるものとする。
- 4 精神通院医療を受ける指定自立支援医療機関については、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合、同一の受診者に対し複数指定することを妨げない。この場合においては、必要に応じて適切な指導を行う。

第5 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

- 1 医療費の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法

の例による。

- 2 指定自立支援医療機関が都道府県に対し自立支援医療費を請求するときは、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）または、訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）の定めるところによる。
- 3 2の請求書は、各月分について翌月10日までに社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に送付しなければならない。

第6 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第73条第4項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の支部長及び国民健康保険団体連合会の理事長（会長）と、別途通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結することとする。

第7 受給者証の返還

支給認定の有効期間が満了したとき、受診者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第58条第1項の支給認定を行う理由がなくなったときは、速やかに受給者証をその交付を受けた際の居住地を管轄する市町村長を経由して都道府県知事に返還させること。

第8 支給台帳

- 1 都道府県は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておくこと。
- 2 支給の状況については、精神通院医療の対象となった疾病名及び国際疾病死因分類ICD-10コード（F0～F9及びG40の別）を付記しておくこと。

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針

第1 精神通院医療の対象となる精神障害者

自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる精神障害者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に定める統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者で、以下の病状を示す精神障害のため、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものである。なお、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要がある場合は、精神通院医療の対象となる。

第2 精神通院医療の対象となる精神障害及びその状態像

1 躁および抑うつ状態

国際疾病分類 ICD-10 の気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害などでみられる病態である。疾患の経過において躁状態、およびうつ状態の両者がみられる場合と、いずれか一方のみの場合がある。躁状態においては、気分の高揚が続いて被刺激性が亢進し、多弁、多動、思考奔逸、誇大的言動などがみられる。一方、抑うつ状態では気分は沈み、精神運動制止がみられ、しばしば罪業妄想、貧困妄想、心気妄想などの妄想が生じ、ときに希死念慮が生じたり、昏迷状態に陥ることもある。躁状態で精神運動興奮が強い場合、抑うつ状態で希死念慮が強い場合、あるいは昏迷が持続する場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、躁、およびうつ状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

2 幻覚妄想状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。その主症状として、幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害などがある。強度の不安、不穏、精神運動興奮がともなう場合や、幻覚妄想に支配されて著しく奇異な行動をとったり、衝動行為に及ぶ可能性がある場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、幻覚妄想状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

3 精神運動興奮及び昏迷の状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態であ

る。この病態は、精神運動性の障害を主体とし、運動性が亢進した精神運動興奮状態と、それが低下した昏迷状態とがある。しばしば、滅裂思考、思考散乱などの思考障害、拒絶、緘黙などの疎通性の障害、常同行為、衝動行為などの行動の障害を伴う。強度の精神運動性興奮がみられたり、昏迷状態が続く場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、精神運動興奮あるいは昏迷状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

4 統合失調等残遺状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期、あるいは寛解期などにみられる病態である。この病態では、感情平板化、意欲低下、思路の弛緩、自発語の減少などがみられ、社会生活能力が病前に比べ、著しく低下した状態が続く。不食、不潔、寝たきりの状態が続くなどして身体の衰弱が著しい場合、通常、入院を要する。入院を要さない場合で、このような残遺状態が精神病か、それと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、日常生活の指導、社会性の向上、および疾患の再発予防のため、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

5 情動および行動の障害

国際疾病分類 ICD-10 の成人の人格および行動の障害、症状性を含む器質性精神障害、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、精神遅滞、心理的発達の障害などでみられる病態である。情動の障害には、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動などの情動の障害などがあり、行動の障害には、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常、チック・汚言、性行動の異常などがある。情動および行動の障害により、著しい精神運動興奮を呈する場合、あるいは行動制御の能力を失っている場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、情動および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

6 不安および不穏状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は、長期間持続する強度の不安、あるいは恐怖感を主症状とし、強迫体験、心気症状、不安の身体化、および不安発作などを含む。強度の不安により、精神運動不穏を呈するか、あるいは心身の衰弱が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、不安および不穏状態が、精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

7 けいれん及び意識障害（てんかん等）

国際疾病分類 ICD-10 のてんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害などでみられる病態である。この病態には、痙れんや意識消失などのてんかん発作や、もうろう状態、解離状態、せん妄など意識の障害などがある。痙れんおよび意識障害が遷延する場合は、入院医療を要する。入院を要さない場合で、痙れん、または意識障害が挿間性に発現し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

8 精神作用物質の乱用、依存等

国際疾病分類 ICD-10 の精神作用物質による精神および行動の障害のうち、精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害などでみられる病態である。当該物質の乱用および依存には、しばしば、幻覚、妄想、思考障害、情動あるいは行動の障害などが生じ、さまざまな社会生活上の問題がともなう。依存を基礎として生じた急性中毒、離脱状態、あるいは精神病性障害において、精神運動興奮が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し、あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

9 知能障害等

精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に、精神通院医療の対象となる。

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 月 日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							電話番号	
	受診者住所								
	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					
	受診者と同じ保険の加入者								
	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									
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無		診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無				
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 ※8 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・再認定・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 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 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 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		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規				
備考					

別紙様式第2号（表面）

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 診 者	フリガナ					性別	生年月日		
	氏 名					男 ・ 女	明治正和 大昭和 平成		
	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 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 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。 平成 年 月 日 〇〇〇〇知事 〇〇〇〇市町村長 印									

(裏面)

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。

支給要件の確認方法	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規
-----------	---

※ 精神通院医療に限り支給認定時に実施した支給要件の確認方法を記載すること。

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 診 者	フリガナ			性別	生年月日
	氏 名			男 ・ 女	明治 昭和 平成 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 日 まで			
変 更 内 容	事 項	変 更 前		変 更 後	
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）				
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）				
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）				
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号				
備 考					
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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。 届出者氏名 印 平成 年 月 日 〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 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 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇都道府県知事
〇〇〇〇市町村長

印
印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成 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 (該当するものに ○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	回 回	日間 日間 日間	通算	日間
	医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 等	円 円 円	計		円
移送費見込額						円
医療費及び移送費合計額						円
治療後における 障害の回復状況 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						

別紙様式第7号

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
住 所			
① 病名 (ICD コード は、F00～ F99, G40 のいずれかを 記載)	(1)主たる精神障害 _____ (2)従たる精神障害 _____ (3)身体合併症 _____	ICD コード () ICD コード ()	
② 発病から現在までの 病歴 (推定発病年 月、発病状況、治療 の経過等を記載)			
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()			
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()			
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 ()			
(10) 知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()			
(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()			
(12) その他 ()			

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等
⑤ 現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無) {
⑥ 今後の治療方針
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)
⑧備考
平成 年 月 日 医療機関所在地 _____ 名 称 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 (自署または記名捺印) _____

(この用紙は日本工業規格A列3番を標準とする。)

「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

申請に係るQ & A

Q 1 申請者が個人番号を記載している場合、住所など他の欄は記入が省略できるのか。

A 1 申請書の欄は、全て記載が必要です。従前と同様に記載箇所の確認をお願いします。

Q 2 申請者が個人番号の確認書類を所有していない場合で、申請書の個人番号の欄が未記載で申請された時はどうすればよいか。

A 2 申請者が本人であれば、本人であることを確認し同意を得た上で、住基端末を利用して個人番号を取得し、記載してください。

Q 3 申請者が本人でない場合で申請書の個人番号が未記載の時はどうすればよいか。

A 3 申請者が本人以外であれば、個人番号を取得する上で本人の委任状が必要になります。

Q 4 旧申請書で申請がなされた場合、改正後の申請書に書き直す必要があるか。

A 4 旧申請書であっても、欄外に個人番号が記載されていれば、改正後の申請書と同様になりますので、書き直す必要はありません。

Q 5 個人番号の質疑応答集のようなものはあるか

A 5 国の Digital PMOの「FAQ（よくある質問）」を活用してください。

Q 8 8 申請者が個人番号カードや通知カード、あるいは身元を確認する運転免許証などを所有していないため、番号法第16条に基づく本人確認を行えない場合は、どうすればよいですか？

A 番号法施行令において、個人番号カード又は通知カードに代わる個人番号の確認書類として個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書が規定されています。また、番号法施行規則において、個人番号が記載された住民票の写しや、身元を確認するための運転免許証などの書類の提示が困難と認められる場合の本人確認の措置を規定していますので、番号法施行令、施行規則に基づいて本人確認を行って下さい。〔2014年7月回答〕

Q 5 5 窓口で申請者が個人番号の記載を拒否している場合、どうすれば良いですか。本人の同意なしに住基端末から個人番号を取得しても良いですか？

A 申請書などに個人番号を記載することが各制度における法的な義務であることを説明し、記載していただくようにしてください。それでも記載を拒否された場合は、番号法第14条第2項に基づき地方公共団体情報システム機構から個人番号を含む機構保存本人確認情報の提供を受けることはできますが、あくまで、住民基本台帳法別表に規定する事務として住基端末を利用する必要があります。なお、申請書などに個人番号が記載されていない時点では、個人番号の提供を受ける場合に該当しないため、番号法第16条の本人確認措置の義務は生じないこととなります。(2014年7月更新)