

# 障害者自立支援医療 手引き (精神通院公費)

平成21年1月改訂版  
鹿児島県障害福祉課

鹿児島県保健福祉部障害福祉課

# 自立支援医療における精神通院公費について

医療費のみに着目した負担(精神)と所得のみに着目した(更正・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。

- 制度間の負担の不均衡を解消。(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。

## 1 制度の概要

### ①～精神通院公費, ここが変わりました(平成18年4月)～

- (1) 根拠法が「精神保健福祉法」から「障害者自立支援法」へ
  - (2) 認定の有効期間が「2年」から「1年」へ(手帳の有効期間は2年のまま)
  - (3) 受診者の自己負担が「一律5%」から「原則10%で、所得階層・疾病種別等により自己負担上限額を導入」へ
  - (4) 医療機関指定制度(薬局・訪問看護事業所含む)を導入
- (注)基本的に選定は1箇所ずつになりますが、例えば半年に1度は別な病院で精密検査を受ける必要がある等の事情があれば、複数選定できます。

### ②～認定の流れ(基本的に従前どおり)～



### ③～医療費負担のイメージ(精神通院公費「対象」の医療費の場合)～

公的医療保険給付(国保, 健保など) 7割	精神通院公費 2割	自己負担 1割
公的医療保険未加入の方→精神通院公費9割		自己負担
生活保護の方→精神通院公費10割		

→療育手帳Aの方などは、自己負担分を重度心身障害者医療費助成制度により補てん可能です。精神保健福祉手帳は当該助成制度の対象外です。

\* 保険加入者は一般の方のイメージです。

\* 「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯は生活保護世帯に準じて取り扱われます。

## 2 市町村の確認事務

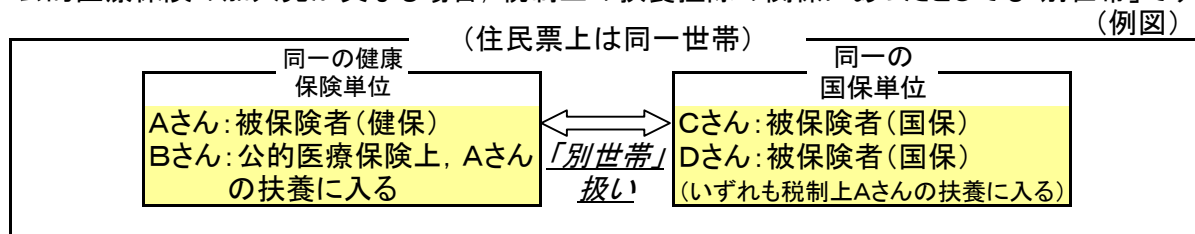
自立支援医療においては、受診者の属する「世帯」の所得層に応じて、月ごとの自己負担上限額を設定します。

\*本資料において、世帯は住民票上のもの、「世帯」は公的医療保険上の単位、健康保険は被用者保険として記述します。

### ①～受診者の「世帯」の範囲の確認～

#### 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先が異なる場合、税制上の扶養控除の関係にあったとしても「別世帯」です。



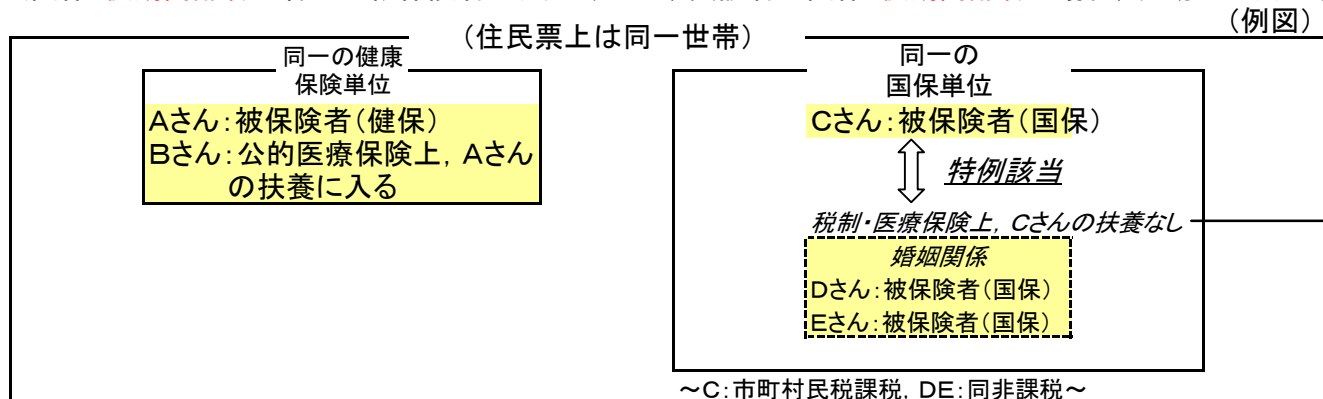
#### 【例外】

受診者が18歳未満の場合、加入する公的医療保険が別であっても、支給認定を申請する保護者と同一「世帯」とみなします。

#### 特例 →基本的に国保・後期高齢者の場合に対象となり得るもの

基本は原則とおりですが、以下の2つの要件を満たす場合、申請に基づき、受診者とその配偶者の所得層により自己負担上限額を設定します。

- 同一の「世帯」に属する親・同胞・子等が、受診者を税制上の扶養関係に基づく各種控除の対象としていない。
  - 同一の「世帯」に属する親・同胞・子等が、受診者を公的医療保険上で扶養していない。
- (国保・後期高齢者は各人が被保険者となりますので、受診者が国保・後期高齢者の場合、自動的に(2)は満たします。)



- 市町村民税の税情報で確認  
(次回申告から扶養を外す場合は要誓約書)
- D・Eの保険証の写しで確認

(参考)自立支援医療における「世帯」の範囲の具体例

事例1

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

事例2

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

事例3

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

事例4

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

事例5

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

\* 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6

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人	ABCはそれぞれ 「別世帯」
B ACと同じ健康保険だが被保険者本人 ACとは別の健康保険において被保険者本人	
C ABと同じ健康保険だが被保険者本人 ABとは別の健康保険において被保険者本人	

事例7

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

事例8

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 後期高齢者医療制度の被保険者かつ世帯主	ABCはそれぞれ 「別世帯」
B 健康保険の被保険者本人	
C 国民健康保険の被保険者	

事例9

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
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」
B 後期高齢者医療制度の被保険者	
C 健康保険の被保険者本人	

事例10

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 国民健康保険の被保険者かつ世帯主	Aは単独「世帯」 BCは同一「世帯」
B 健康保険の被保険者本人	
C 健康保険においてBの被扶養者	

事例11

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 国民健康保険の被保険者かつ世帯主	Aは単独「世帯」 BCは同一「世帯」
B 健康保険においてCの被扶養者	
C 健康保険の被保険者本人	

事例12

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人かつ世帯主	Aは単独「世帯」 BCは同一「世帯」
B 国民健康保険の被保険者	
C 国民健康保険の被保険者	

(注)ここにいう「世帯主」は国保の擬制世帯主である。以下同じ

事例13

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人かつ世帯主	ABは同一「世帯」 Cは単独「世帯」
B 健康保険においてAの被扶養者	
C 国民健康保険の被保険者	

事例14

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人かつ世帯主	ACは同一「世帯」 Bは単独「世帯」
B 国民健康保険の被保険者	
C 健康保険においてAの被扶養者	

事例15

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人かつ世帯主	ABCはそれぞれ 「別世帯」
C Aと同じ健康保険だが被保険者本人 Aとは別の健康保険において被保険者本人	
C 国民健康保険の被保険者	

事例16

公的医療保険の加入状況	「世帯」の考え方
A 健康保険の被保険者本人かつ世帯主	ABCはそれぞれ 「別世帯」
B 国民健康保険の被保険者	
C Aと同じ健康保険だが被保険者本人 Aとは別の健康保険において被保険者本人	

## ②～受診者の「世帯」の所得層の確認～

「世帯」の所得の確認においては、公的医療保険の保険料算定の対象となっている方の課税状況等を把握するものとします。  
つまり、国保・後期高齢者の場合は同一の加入関係にある者全員（「世帯」内被保険者全員）、健康保険の場合は被保険者のみの課税状況等を把握。

### ●課税状況別の負担限度額等（着色部が1割負担対象層）

一定所得以下層		中間所得層		一定所得以上層	
生活保護	市町村民税（均等割）非課税		市町村民税課税		
	本人収入年80万円以下	本人収入年80万円超	所得割年3.3万円未満	所得割年23.5万円未満 所得割年23.5万円以上	
「生活保護」 負担0円 0円 ←	→ 障害基礎年金2級 (月6.6万)のみの方相当  「低所得1」 負担上限月額 2,500円	「低所得2」 負担上限月額 5,000円	「中間-1」 「中間-2」 負担上限月額 公的医療保険上の自己負担限度額		「一定以上」 (本制度の対象外)
			「重度かつ継続」の場合(申請による)		
生活保護移行防止措置あり(本来適用される上限を下げて移行防止)			「中間-1」 負担上限月額 5,000円	「中間-2」 負担上限月額 10,000円	「一定以上」 負担上限月額 20,000円

### ●当面の「重度かつ継続」の範囲(次のいずれか)

(1) 医療保険多数該当者(申請前1年間において高額療養費等3回以上該当の方)

(2) ICD-10における次の分類の方

- ・F0 症状性を含む器質性精神障害
- ・F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- ・F2 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害
- ・F3 気分障害
- ・G40 てんかん

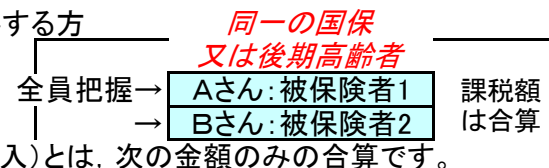
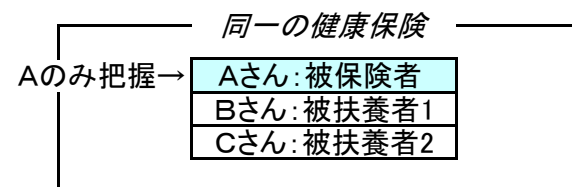
(3) 以下の病状を示す精神障害のため, 集中的・継続的な通院医療(状態の維持, 悪化の予防含む)を要する方

- ・情動及び行動の障害
- ・不安及び不穏状態

\* (3) については, その判断は3年以上の精神医療の経験を有する医師によるものとします。

●所得区分「低所得1及び2」の「本人収入」(受診者が18歳未満なら, 保険が別な方を含め保護者ごと収入)とは, 次の金額のみの合算です。

- (1) 地方税法上の合計所得金額(地方税法第292条第1項第13号: マイナスの場合はゼロとみなす)→各種「収入」を「所得」に変換し損益通算等した額
- (2) 障害年金等(障害年金, 特別障害給付金, 障害を事由とする労災年金等, 遺族年金, 老齢年金)(加算額等含)
- (3) 特別児童扶養手当等(特別障害者手当, 障害児福祉手当, 経過的福祉手当, 特別児童扶養手当)



(参考) 自立支援医療における「世帯」の所得の考え方の具体例 \* 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なら	A
B 健康保険においてAの被扶養者		Bなら	A
C 健康保険においてAの被扶養者		Cなら	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なら	A
B Aと同じ健康保険だが被保険者本人 Aとは別の健康保険において被保険者本人		Bなら	B
C 健康保険においてAの被扶養者		Cなら	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なら	ABC
B 国民健康保険の被保険者		Bなら	ABC
C 国民健康保険の被保険者		Cなら	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なら	AB
B 後期高齢者医療制度の被保険者		Bなら	AB
C 国民健康保険の被保険者		Cなら	C



### ③～具体的な確認事項～

「世帯」の所得層の確認においては、原則として申請者が確認できる書類を添付するものとしませんが、申請者(困難な場合は扶養義務者)の同意書の提出を受けた上で、市町村内の関連部署の連携により確認し、書類の添付を省略することを妨げません。

#### ●市町村内の関連部署の連携により確認できる事項

- ①市町村民税課税額、課税・非課税の別
  - ②地方税法上の合計所得金額(地方税法第292条第1項第13号)
  - ③市町村民税課税額算定における扶養関係に基づく控除の状況(税制上の扶養控除等の状況)
  - ④国民健康保険・後期高齢者医療制度で同一の加入関係にある者の範囲
  - ⑤特別児童扶養手当等の状況(市町村民税均等割非課税及び未申告の場合)
  - ⑥生活保護受給状況
- (注)課税額等で以前の住所地を所管する市町村に照会する必要がある場合があります。(市町村民税は1月1日時点で課税する為等)

#### ●申請者の添付書類により確認する事項

- ①受診者の障害年金等(障害年金等の証書+振込先の通帳又は振込通知書など:市町村民税均等割非課税及び未申告の場合)  
(受診者が18歳未満の場合は、保険が別な方を含め保護者それぞれのもの)
- ②健康保険の場合の「世帯」の範囲(受診者及び被保険者の保険証写し)
- ③「重度かつ継続」に該当するか否か(診断書・意見書)

#### ●未申告者、公的医療保険未加入者の取扱い

未申告者については、次回以降の申告を勧奨するとともに、上記の添付書類や本人への所得状況の聞き取りを行う等して所得区分を把握します。この場合、市町村民税課税「世帯」と推測される場合は、基本的に「一定以上所得」、そうでない場合は均等割非課税「世帯」に準じて取り扱います。また、生活保護受給者を除く公的医療保険未加入者については、保険加入を勧奨するとともに、国保加入者に準じて取り扱います。

#### ●課税状況が判断できない方の取扱い

最近転入された等の理由により、当該市町村で市町村民税の課税状況がわからない方が、事情により課税証明書等を提出できず、また当該市町村が転入前の市町村から容易に課税情報を得られない場合があります。このような場合、「一定以上所得」とみなし、「重度かつ継続」に関する意見書の提出を受けて、自立支援医療の対象とする方法もあります。



#### ④～支給認定の変更申請・変更届出・返納について～

##### 1 変更申請(認定変更)

次の変更事由が生じた場合は、受給者証、変更申請書、当初申請時と同様の書面(必要なもののみ)を提出いただきます。  
→精神保健福祉センターより新たな受給者証を交付(市町村経由)

##### ①負担上限月額の設定・変更

- ・生活保護が受給廃止となった場合→上限額の新たな設定
  - ・生活保護が受給開始となった場合→負担額0円で設定
  - ・中間所得層で認定後に「重度かつ継続」となった場合→上限額の新たな設定
  - ・災害等やむを得ない事情により経済状況が悪化したと認められる場合→上限額の引き下げ
- これらの変更申請を受け、自己負担上限額の設定・変更が必要となる場合、変更決定日の翌月の初日から新たな額を適用します。  
→ただし、生活保護の関連では、廃止日・開始日に遡及します。(廃止の場合は職権で認定)

##### ②指定自立支援医療機関の変更

##### ③都道府県間の住所変更

- 転入前の医療機関発行の診断書写しを添付の場合：現在の期限まで認定  
転入後の医療機関発行の診断書を添付の場合：市町村受理日から原則1年以内認定

##### 2 変更届出(認定変更なし)

次の変更事由が生じた場合は、受給者証、変更届、添付書類を提出いただきます。  
→精神保健福祉センターで書き換えて返送(市町村経由)

①氏名・県内での住所の変更(添付書類：氏名の変更を証するもの、新たな住民票など)→市町村合併による場合は不要

②加入する公的医療保険に関する事項の変更(添付書類：変更後の医療保険に関する事項がわかる書類など)

→医療保険の変更に伴い、受診者の「世帯」の範囲が変更となる場合は「1 変更申請」によります。(所得区分が変わり得るため)

##### 3 返納

次の返納事由が生じた場合は、受給者証を返納いただきます。  
→精神保健福祉センターで受領(市町村経由)

- ①受給者証の有効期間が満了したとき
- ②受診者が死亡したとき
- ③精神障害が寛解したとき

### 3 認定の有効期間

○平成18年11月1日以降を始期とする新たな認定

・1年以内有効な認定を実施！

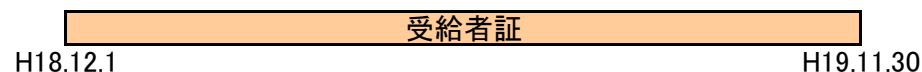
→→申請書、保険証写し、所得確認できる書類など、診断書、「重度かつ継続」に関する意見書を提出頂きます。

\*「重度かつ継続」に関する意見書は、市町村民税課税「世帯」の方が「重度かつ継続」の適用による負担上限月額の設定を希望の場合に添付

→→「受給者証」(1年以内有効)を交付します。

例：平成18年12月1日を始期とする新たな認定を申請される方

○平成18年12月1日～平成19年11月30日を有効期間とする受給者証



\*平成18年4月1日～10月31日を始期とする新たな認定では、1年6か月以内有効な受給者証を発行していました。

～精神保健福祉手帳の申請について～

有効期間に差異が生じます(手帳2年と通院公費1年)が、手帳と通院公費の同時申請は可能です。ただし、従来と異なり、新制度においては手帳と通院公費の申請様式は別になるため、手帳に係る申請様式は、当面は現行のものをご使用ください。

なお、手帳の申請に際しては、従来どおり、診断書に替えて「障害年金証書」等を添付できます。

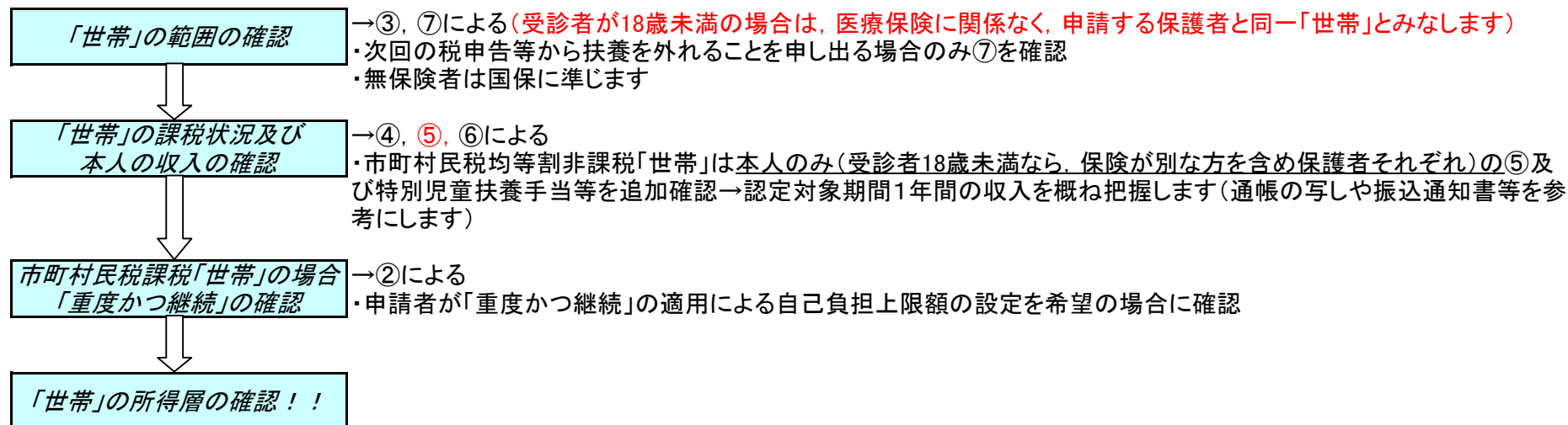
## 4 申請から確認の手順

市町村に申請する際は、次の書類等が必要になります。

- ① 申請書, 印鑑(受診者が18歳未満の場合は, 原則として保護者が申請者となります。)
- ② 診断書及び「重度かつ継続」に関する意見書
  - ・「重度かつ継続」に関する意見書は, 市町村民税課税「世帯」で, 「重度かつ継続」の適用による自己負担上限額の設定を希望の場合のみ添付。
  - ・手帳のみ所持(精神通院受給者番号の記載なし)の方は, 申請時点で有効期限まで1年以上残っている精神保健福祉手帳(年金証書の写しで取得した場合を除く。)の写しを診断書の代用として提出可能。(ただし, 「重度かつ継続」の場合を除く。)
- ③ 保険証の写し
  - ・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家族全員の保険証写し
  - ・健康保険の場合 →受診者及び被保険者の保険証写し(受診者＝被保険者の場合は, 当然1人分のみになります。)
- ④ 上記③で被保険者の方の直近年度の「所得額及び市町村民税課税額証明書」  
(4～6月認定の場合は前年度, それ以外の場合は当年度)
- ⑤ 障害年金等の証書及び振込先の通帳写しなど(市町村税均等割非課税及び未申告の「世帯」の場合。振込通知書がベターです。)
- ⑥ 生活保護受給証明書(受給者のみ)
- ⑦ 誓約書(次回申告から扶養を外れる場合のみ→「世帯」の特例)

(注)特別児童扶養手当等の金額は, 市町村福祉部署で把握されていると思います。(市町村民税均等割非課税及び未申告の場合のみ確認)

これらの資料や聞き取りを基に, 市町村においては次の手順で把握します。



●精神通院公費の申請において必要な書類など(所得階層ごと)

課税額証明書等については、「同意書」を提出してお住まいの市町村に確認を依頼することもできます。(最近転入された方などは例外あり。)

生活保護「世帯」の方	①申請書(受診者が18歳未満なら原則として保護者が申請:以下同じ), 印鑑 ②医師の診断書 ③生活保護受給証明書
市町村民税均等割非課税「世帯」の方 (均等割非課税なら所得割も非課税です)	①申請書, 印鑑 ②医師の診断書 ③保険証の写し ・国保・後期高齢者の場合→受診者及び同じ加入関係の家族全員分(受診者を含めて全員が被保険者) ・それ以外の場合→受診者及び被保険者分(受診者=被保険者なら1人分) ④上記③で被保険者の方の, 直近年度の「所得額及び市町村民税課税額証明書」 ⑤受診者(18歳未満の場合は保険が別な方を含む各保護者)の障害年金等の証書及び振込先の通帳 (通帳の写しよりも振込通知書の方がベターです)
市町村民税課税「世帯」の方	①申請書, 印鑑 ②医師の診断書 ③「重度かつ継続」に関する意見書(「重度かつ継続」の適用により自己負担上限額の設定を希望の場合) ④保険証の写し ・国保・後期高齢者の場合→受診者及び同じ加入関係の家族全員分(受診者を含めて全員が被保険者) ・それ以外の場合→受診者及び被保険者分(受診者=被保険者なら1人分) ⑤上記④で被保険者の方の, 直近年度の「所得額及び市町村民税課税額証明書」
未申告「世帯」の方	①申請書, 印鑑 ②医師の診断書 ③「重度かつ継続」に関する意見書(「重度かつ継続」の適用により自己負担上限額の設定を希望の場合) →市町村民税課税「世帯」と推測される場合のみ ④保険証の写し ・国保・後期高齢者の場合→受診者及び同じ加入関係の家族全員分(受診者を含めて全員が被保険者) ・それ以外の場合→受診者及び被保険者分(受診者=被保険者なら1人分) ⑤市町村民税非課税「世帯」と推測される場合, 受診者(18歳未満の場合は保険が別な方を含む各保護者)の障害年金等の証書及び振込先の通帳 (通帳の写しよりも振込通知書の方がベターです)

「世帯」とは、公的医療保険(国保・健康保険など)において、同一の加入関係にある家族のことで(住民票は無関係)が、受診者が18歳未満で、申請者である保護者と異なる医療保険の場合は、当該受診者と申請者は同一の「世帯」とみなします。

●障害年金等の非課税年金の振込先の通帳の写しを取る場合は、表紙(名義)もご確認ください。(振込通知書がベター)

## ●平成18年4月以降の「精神通院公費」利用者の自己負担額受領について

障害者自立支援法の施行に伴い、平成18年4月以降の診療分から、精神通院公費を利用している受診者は、現在の5%負担から「10%負担」となる一方、受診者の所得状況などによっては、月ごとの「自己負担上限額」が設定されます。(全員ではありません。)

そのため、「自己負担上限額」が設定された受診者については、「自己負担上限額管理票」(受給者証の裏面)を活用して、当該限度額を超えないように、関係医療機関が連携して受領する必要があります。(生活保護は全額精神通院公費で支給します。)

○事例:Aさん(医療保険上の自己負担3割、月額上限あり:2,500円)→負担上限は、2,500円・5,000円・10,000円・20,000円のいずれかです。

4月3日 B病院(医療費15,000円)

自己負担 1,500円	通院公費 3,000円	保険給付 10,500円
----------------	----------------	-----------------

自己負担累計:1,500円



4月3日 C薬局(医療費3,000円)

自己負担 300円	通院公費 600円	保険給付 2,100円
--------------	--------------	----------------

自己負担累計:1,800円

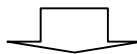


4月17日 B病院(医療費10,000円)

自己負担 700円	通院公費 2,300円	保険給付 7,000円
--------------	----------------	----------------

自己負担累計:2,500円→Aさんの上限額に到達!

(1割相当額の全ては受領できないケース)



4月17日 C薬局(医療費2,000円)

通院公費 600円	保険給付 1,400円
--------------	----------------

自己負担累計:2,500円(そのまま)



以下当月は自己負担はゼロ

○平成18年4月以降は、受診者ごとに病院・クリニック、薬局、訪問看護事業所を予め指定して頂きます。(合理的理由があれば複数指定可)

○「自己負担上限額管理票」の管理方法(案)

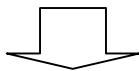
- ① 病院・クリニックで管理票を管理することとし、薬局側では医療費を受領する前に当該クリニック等にその時点での受領可能額を確認する。
  - ② 病院・クリニックで管理票を管理することとし、クリニック等にて処方箋余白にその時点での受領可能額などを付記し、薬局側では当該額の範囲内で受領し、受領結果を営業時間終了後に一括して処方箋を発行したクリニック等に報告する。
  - ③ 受診者が常に管理票を携帯し、病院・クリニックや薬局でその都度自己負担額の記帳・確認を受ける。
- ～他にも適当な方法があるかも知れませんが、基本的に受診者と医療機関との合意の下に管理して頂いて結構です。～

## ●生活保護「世帯」の精神通院公費について

従来、生活保護「世帯」の方が精神通院公費を利用された場合は、当該制度の対象医療費について、通院公費から95%、生活保護(医療扶助)から5%支給し、受診者の自己負担をゼロとしていましたが、4月以降の障害者自立支援法下では、通院公費から100%支給します。

### ●平成18年3月診療まで(精神保健福祉法)

95% 精神通院公費	5% 医療扶助
---------------	------------



### ●平成18年4月診療から(障害者自立支援法)

100% 精神通院公費
----------------

上記イメージの取扱いは、精神通院公費の「対象医療費」に係るものであり、精神通院公費の「対象外医療費」については、従前どおり、生活保護(医療扶助)で全額支給します。

つまり、精神通院公費(法別番号21)を利用されている生活保護受給者には、一律に生活保護(医療扶助)を支給しないという取扱いではありませんので、ご注意ください。

申請受理年月日 平成 年 月 日

自立支援医療費（精神通院）受給認定申請書（新規・再認定・変更）

鹿児島県知事 殿 私は下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

氏名： (印)

平成 年 月 日

公費負担者番号	2	1	4	6	6	0	1	6	現在の受給者証の有効期限	
自立支援医療費受給者番号									平成 年 月 日	
受診者	フリガナ								性別	生年月日
	氏名								男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
	住所・電話番号	(電話： )								
	被保険者記号番号・ 被保険者名等	記号番号 ( )			被保険者名等			受診者と同じ保険 単位の 加入者名 (全員)		
精神障害者 保健福祉手帳番号										
保護者 (受診者が18歳未満 の場合のみ記入)	フリガナ								受診者との続柄	
	氏名									
	住所・ 電話番号	(電話： )								
指定 医療 機関	病院・診療所 名称								住所 電話	
	薬局名称								住所 電話	
	訪問看護事業者 名称								住所 電話	
所得区分確認	生活保護受給証明書 その他 ( )				市町村民税所得額・課税額証明書					
所得区分	障害年金等の振込先の通帳 (受給開始:H 年 月←申請前1年以内に開始の場合記入)									
重度かつ継続	該当 ・ 非該当 前回 ( 該当 ・ 非該当 )									
自己負担上限額	月額 円 (本制度による上限のない場合は横線)									
有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									

\*有効期限を過ぎて申請する場合は、再申請となります。  
指定医療機関及び所得区分等自己負担上限額の変更が生じる場合は、変更申請となります。  
それ以外は、自立支援医療費受給者証記載事項変更届を提出ください。



申請受理年月日 平成 年 月 × × 日

自立支援医療費（精神通院）受給認定申請書（新規・再認定・変更）

鹿児島県知事 殿 私は下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

氏名： 鹿児島 花子 (印)

平成 〇〇 年 △△ 月 ×× 日

公費負担者番号	2	1	4	6	6	0	1	6	現在の受給者証の有効期限	
自立支援医療費受給者番号	9	8	7	6	5	4	3		平成〇〇年△△月××日	
受診者	フリガナ	カコシマ ハナコ						性別	生年月日	
	氏名	鹿児島 花子						男・女	〇〇年△△月××日 (〇〇歳) <small>明治 大正 昭和 平成</small>	
	住所・電話番号	鹿児島市鴨池新町〇-△-× (電話：〇九九-×××-□□□□)								
	被保険者記号番号・保険者名等	記号番号 ( 1234567 )			保険者名等 〇〇〇〇組合			受診者と同じ保険単位の加入者名 (全員)	鹿児島 花男 鹿児島 花美	
精神障害者保健福祉手帳番号	987654321									
保護者 (受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ							受診者との続柄		
	氏名									
	住所・電話番号	(電話： )								
指定医療機関	病院・診療所名称	〇〇〇〇病院			住所	鹿児島市鴨池新町〇〇〇			電話	〇九九-×××-〇〇〇〇
	薬局名称	□□□□薬局			住所	鹿児島市鴨池新町□□□			電話	〇九九-×××-□□□□
	訪問看護事業者名称	△△△△事業所			住所	鹿児島市鴨池新町△△△			電話	〇九九-×××-△△△△
所得区分確認	生活保護受給証明書 その他 ( <u>市町村民税所得額・課税額証明書</u> ) 障害年金等の振込先の通帳 (受給開始:H 年 月←申請前1年以内に開始の場合記入)									
所得区分	生保・低1・低2・ <u>中間1</u> ・中間2・一定以上 前回 ( )									
重度かつ継続	<u>該当</u> ・ 非該当 前回 ( 該当 ・ 非該当 )									
自己負担上限額	月額 5,000 円 (本制度による上限のない場合は横線)									
有効期間	平成〇〇年△△月××日 から 平成〇〇年△△月××日 まで									

住所・電話番号が受診者本人と同じ場合は記載不要。

医療機関を複数申請される場合は、全て記入します。

「所得区分確認」から「重度かつ継続」までは市町村で確認の上、マルを付けます。

「重度かつ継続」は中間1以上で申請のある場合に、市町村で、マルを付けます。

\*有効期限を過ぎて申請する場合は、再申請となります。  
指定医療機関及び所得区分等自己負担上限額の変更が生じる場合は、変更申請となります。  
それ以外は、自立支援医療費受給者証記載事項変更届を提出ください。

受給者証の裏面に自己負担上限額管理表が印刷されています。

太枠内は県精神保健福祉センターで記入します。



## 「重度かつ継続」に関する意見書

この意見書は、市町村民税課税「世帯」の受診者が、一定の精神障害である場合に、「重度かつ継続」の適用により、自立支援医療（精神通院公費）制度における自己負担上限額の設定を希望される際に、診断書に加えて必要となるものです。

受診者氏名		性別	男・女
住 所		年齢	

### ① 主たる精神障害（ICD-10に準じ、該当する番号にマルを付け又は記載ください）

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

### ② 上記①が「6 その他」である場合のみ、以下について記載ください。

#### 治療方針

計画的・集中的な治療（状態の維持・悪化の予防を含む）を継続する必要性を含めて記載ください

#### (1) 薬物療法

#### (2) 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旨を記載）

平成 年 月 日

医療機関名：

電話番号：

医師氏名：

自立支援医療受給者証 記載事項 変更届

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日						
	氏 名		男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日						
	住 所									
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合)	フリガナ		受診者との続柄							
	氏 名									
	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) *申請書に保護者を記載して いた場合(18歳未満の方)									
	被保険者証に関する事項 (記号番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)									

私は、自立支援医療費受給者証及び自立支援医療費受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。

届出者氏名



平成 年 月 日

鹿児島県知事 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。

# 同意書

障害者自立支援法に基づく医療及び福祉サービスを申請するにあたって、私及び扶養義務者の下記に係る事項について、官公署に調査を依頼し、又は関係人に報告を求めることに同意します。

## 記

- ・世帯，所得，課税に関する状況
- ・社会保険に関する状況
- ・行政庁から支給される各種手当，給付金等の状況

平成 年 月 日

申請者住所：\_\_\_\_\_

申請者氏名：\_\_\_\_\_ 印

鹿児島県知事 殿

---

## 年金等収入状況 調査票（非課税世帯用）

- ・公的年金等の有無（1又は2のいずれかをマルで囲む）

	種類	年額（円）
1 あり		

2 なし

障害年金，特別障害給付金，障害を事由として支給される労災による年金及び一時金，遺族年金，老齢年金について記入してください。ただし，生活保護世帯と市町村民税課税世帯の方は，本調査票に記入する必要はありません。

受診者本人の年金等収入について記入してください。ただし，受診者が18歳未満の場合は保護者それぞれについて記入してください。

老齢年金以外の年金等を受給されている場合は「年金等証書＋振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。

年金等収入が年80万円以下で，特別障害者手当，障害児福祉手当，経過的福祉手当，特別児童扶養手当を受給されている方は，それらも記入してください。