

自立支援医療(更生医療・育成医療)について

(指定医療機関用説明資料)

平成 18 年 3 月

新潟県福祉保健部健康対策課・障害福祉課

## 目 次

### 【議題】

1. 自立支援医療(更生医療)について .....	1
2. 自立支援医療(育成医療)について .....	6
3. 自立支援医療と重度心身障害者医療費 助成事業(県障)との併用について .....	17
4. 指定自立支援医療機関の指定について .....	22

### 【様式】

様式1 自立支援医療支給認定申請書 .....	24
自立支援医療支給認定申請書(記載例) .....	26
様式2 自立支援医療受給者証 .....	27
自立支援医療受給者証(記載例) .....	29
様式3 上限額管理表 .....	31
上限額管理表(記入例) .....	32
様式4 更生医療意見書 .....	33

### 【参考】

自立支援医療実施要綱(案) .....	37
新潟県更生(育成)担当医療機関指定申請等手続要領(現行) .....	47

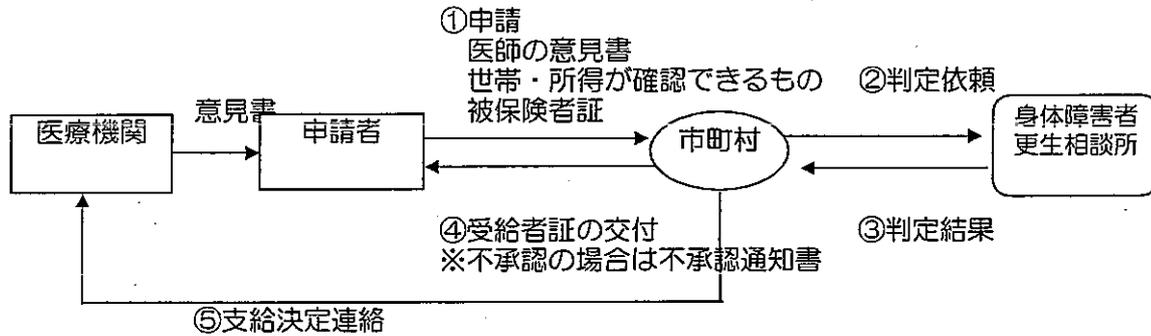
# 1 自立支援医療（更生医療）（法別15）について

## 1 現行制度との対比

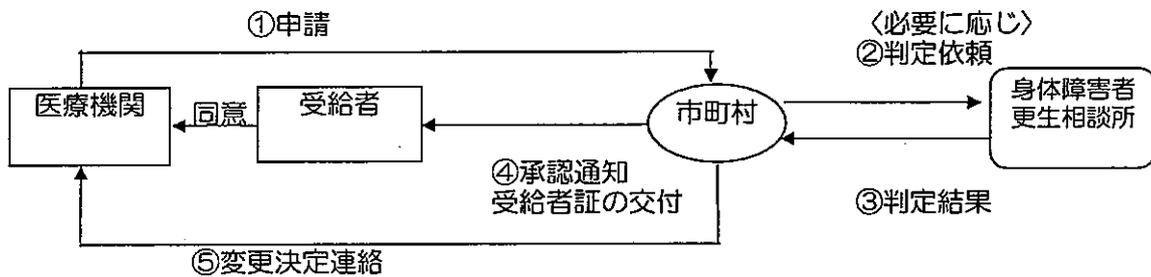
	身体障害者福祉法	障害者自立支援法
名称	更生医療	自立支援医療（更生医療）
適用日	平成18年3月31日まで	平成18年4月1日から
対象者	身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上の 人更生医療給付申請書により「更生医療 券」の交付を受けた者	自立支援医療支給認定申請書(様式1)によ り「自立支援医療受給者証（更生医療）」 (様式2)の交付を受けた者
対象疾患	視覚、聴覚、平衡機能、音声機能、言語機能、 そしゃく機能、肢体不自由、乳幼児期以前 の非進行性の脳病変による運動機能障害、心臓・腎臓・小腸の機能障害の更生のために必 要な医療。 心臓機能障害者に対する更生医療（内科治療を除いた手術）腎臓機能障害者に対する更生 医療（慢性透析療法等）が本制度の大半を占める。	そしゃく機能、肢体不自由、乳幼児期以前 の非進行性の脳病変による運動機能障害、心臓・腎臓・小腸の機能障害の更生のために必 要な医療。 心臓機能障害者に対する更生医療（内科治療を除いた手術）腎臓機能障害者に対する更生 医療（慢性透析療法等）が本制度の大半を占める。
自己負担	世帯の収入により設定（応益負担）	1割負担 世帯の収入＋医療の内容により上限あり
所得制限	世帯の所得税額30万以上全額自己負担	世帯の市町村民税課税額が合計20万円以 上全額自己負担
提出書類	申請書、更生医療意見書、手帳、被保険者証	申請書、医師の意見書、身体障害者手帳の 写し、市町村民税の課税状況が分かるも の、世帯の被保険証の写し
有効期間	1年を超えない範囲	1年以内
医療機関	県知事及び新潟市長の指定する病院、診療 所、薬局、訪問看護事業者等	左に同じ
給付	（1）医療及び入院時に係る食事に要した費 用の額。ただし医療保険の給付と併用して行 われるときは、患者の医療費の一部負担金、 薬剤一部負担金及び入院時食事療養費の標準 負担額を給付する。（自己負担額のある場合 は、その額を徴収する） （2）老人保健の場合は、老人一部負担金、 薬剤一部負担金及び入院食事療養標準負担額 を給付する。（自己負担額のある場合は、老 人一部負担金、薬剤一部負担金及び入院時食 事療養費の標準負担額の合計と、更生医療の 自己負担額のいずれか少ない額を徴収す る。）	（1）医療に要した費用の額。ただし医療 保険の給付と併用して行われるときは、患 者の医療費の一部負担金、薬剤一部負担金 を給付する。（自己負担額のある場合は、 その額を徴収する） （2）老人保健の場合は、老人一部負担 金、薬剤一部負担金を給付する。（自己負 担額のある場合は、老人一部負担金、薬剤 一部負担金の合計と、更生医療の自己負担 額のいずれか少ない額を徴収する。）
請求方法	公費併用扱いとし、診療報酬明細書及び診療 報酬請求書により、社保は支払基金、国保は 国保連合会に請求する。	左に同じ
支払い方法	それぞれの審査支払機関から、社保、国保等 の支払いと同時に支払われる。	左に同じ
長期高額疾 病と更生医 療の併用の 場合	（1）更生医療の自己負担額に応じて患者負 担は次のような取扱いとなる。 ア 更生医療の自己負担額 $\geq$ 1万円＋食事 療養費の標準負担額 →1万円＋標準負担額を徴収 イ 更生医療の自己負担額 $<$ 1万円＋食事療 養費の標準負担額 →更生医療の自己負担額を徴収 （2）入院の更生医療の自己負担額は、入院 日数によって日割り計算する。	更生医療の自己負担額 $\geq$ 1万円 →1万円を徴収  更生医療の自己負担額 $<$ 1万円 →更生医療の自己負担額を徴収

## 2 自立支援医療の利用手続きフローチャート

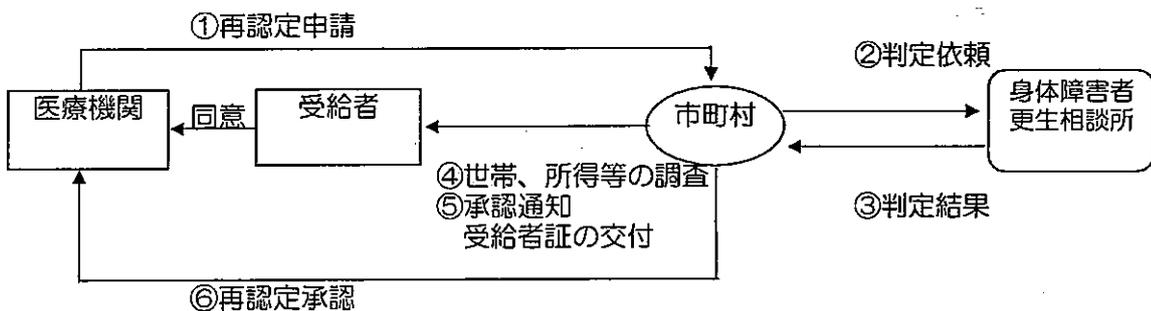
### (1) 支給決定



### (2) 医療の内容変更・再認定



### (3) 人工透析患者・免疫機能障害者に係る再認定



### 3 自立支援医療の利用者負担額について

- 別添冊子パンフレット「平成 18 年 4 月、障害者自立支援法が施行されます」12,13 ページをご覧ください。
  
- 窓口での一部負担額の徴収について
  - ・ 現行制度では、薬局・訪問看護ステーションでの窓口負担は0円の場合がほとんどでしたが、4 月 1 日以降は、原則として医療費の1割を徴収してください(生活保護世帯、県単独医療費助成制度受給者を除く)。
  - ・ 受給者は「自立支援医療受給者証」(P.29 参照)を窓口で提示しますので、受給者証で「自己負担上限額」欄を確認してください。
  - ・ 2,500 円、5,000 円、10,000 円という月額負担上限がある方は、ある月において、1割の負担をしていただきながら、その合計がその方の上限に達した後は、その月の間はそれ以上の負担をしていただかないというものです。
  - ・ この欄が空欄であれば、上限設定のない方ですので、医療費の1割を徴収してください。
  - ・ 自己負担額に上限があり、なおかつ複数の医療機関を受診する方については、「自己負担上限額管理票」(P.31)と一緒に交付されます。医療機関・薬局におかれては、この管理票への記入をお願いします。
  
- 自己負担上限額管理票(P.31)の記入について
  - ・ この管理表は、自立支援医療費にかかる一月あたりの利用者負担額を通算して把握するものです。受給者が管理し、複数医療機関で1枚管理です。
  - ・ 管理表を交付されるのは、①、②のどちらにも該当する方です。
    - ① 自己負担額に上限が設定されている方
    - ② 病院、薬局など2か所以上の指定自立支援医療機関の選定を受けている場合
  - ・ 該当者は、「自立支援医療受給者証」と一緒に「自己負担上限額管理表」を持っています。医療機関におかれては、日付、医療機関名、自己負担額、月額自己負担額累積額、自己負担額徴収印への記入をお願いします。(記載例は 32 ページ参照)
  - ・ 「自己負担額」欄には医療費の1割の額を記入してください。「自己負担額徴収印欄」は押印もしくは署名でも構いません。「備考」欄には、県単医療費助成制度の窓口負

担額を記入していただくなどしてご利用ください。この欄への記入は任意です。

- ・ 月ごとに管理するものなので最長で12枚あります。
- ・ 「月間自己負担額累積額」で上限に達したという場合は、管理表の上の枠内「下記のとおり月額自己負担額に達しました」。の日付、医療機関名、確認印へ記入をお願いします。
- ・ すでに管理表で月額負担上限に達したことがわかる場合は、それ以降窓口での負担はいただきません。(自己負担分はすべて公費負担となります)

【県単医療費助成制度を併用している場合】

県障受給者は、薬局において一部負担金は徴収していませんが、自立支援医療の自己負担額がどの程度になっているか把握する必要がありますので、窓口負担をいただかない場合であっても、必ず管理票への記入をお願いします。

訪問看護ステーションにおいては、一部負担金は償還払いにより徴収しています。窓口負担額と管理表に記入する「自己負担額」が一致しない場合がありますが、自立支援医療の自己負担額がどの程度になっているか把握する必要がありますので、必ず管理票への記入をお願いします。

## 4 障害者自立支援法施行時の取扱い

### (1) 利用者に関する経過措置

旧法に基づく更生医療給付を受けている障害者については、施行日において自立支援医療費の支給認定を受けたものとみなされます。

みなし支給認定の有効期間は、旧法に基づく給付等の有効期間の残存期間となります。

自立支援医療(更生医療)については、現行制度により支給認定を受けている者についても、本年4月以降引き続きこれらの医療を受けようとする場合には、「みなし認定」を行う必要があります。

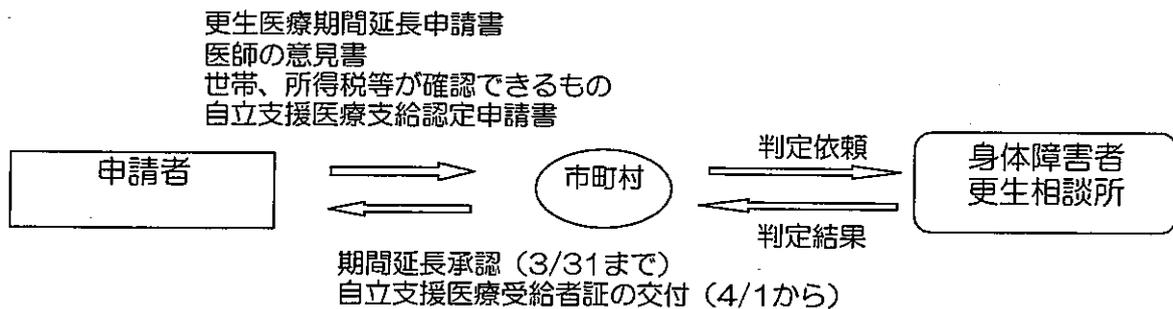
「みなし受給者」となるためには、市町村窓口で手続き(所得や資格の確認)を行い、受給者証の再交付(もしくは新たに交付)を行います。

平成18年4月1日以降は、現行制度の更生医療券の余白又は裏面に「自己負担上限額」「有効期限」「重度かつ継続の該当の有無」の項目が書き加えられたものか、新たに「自立支援医療受給者証」として市町村より発行されたものが有効です。

### (2) みなし認定手続きのフローチャート

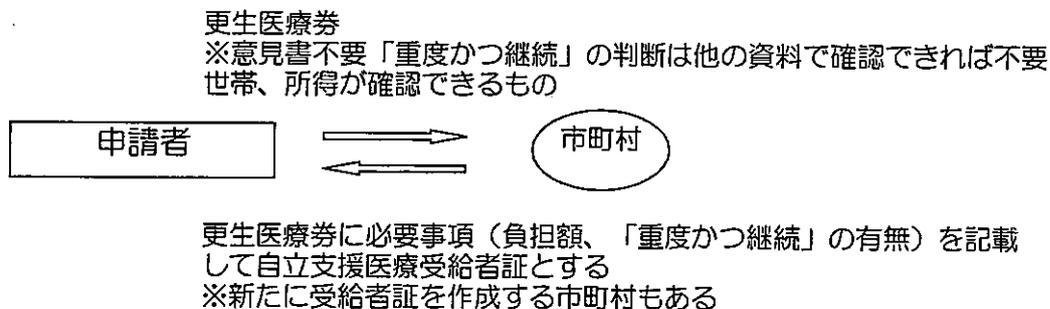
- ① 更生医療の支給認定(有効期間が平成18年3月31日までの日)を受けている者で、4月1日以降も継続して受診する場合

⇒ 更生医療の期間延長手続き + 本則支給申請



- ② 更生医療の支給認定(有効期間は平成18年4月1日をまたぐ)を受けている者

⇒ みなし支給認定者になるための手続き(同時に新法における申請も可能)



健 第 1482 号  
平成18年2月10日

指定育成医療機関の長 様

新潟県福祉保健部長

### 育成医療給付制度の変更について

平成18年4月1日から育成医療給付制度が変更になりますので、下記添付資料を御覧のうえ、取扱いに誤りのないようお願いします。

#### 記

#### 添付資料

- 1 新制度と現制度の比較
- 2 育成医療券をお持ちの方へ（受給者用に作成したもの）
- 3 医療機関での支払額について（医療費を請求する際の参考資料）
- 4 自立支援医療支給認定申請書
- 5 自立支援医療意見書
- 6 自立支援医療受給者証及び育成医療自己負担上限額管理票（例）

新潟県健康対策課母子保健係 電話025-285-5511 内線2663 FAX025-285-8757 T0402405@mail.pref.niigata.jp
--------------------------------------------------------------------------------------------

## 新制度と現制度の比較

	現 在	新 制 度
根拠法	児童福祉法	障害者自立支援法
対象者	18歳未満の身体障害児で疾患を放置すると将来障害に至ると認められる児童であって確実な治療効果が期待できるもの	変更なし
対象となる疾患	肢体不自由、視覚障害、聴覚・平衡機能障害等 8 区分	変更なし
実施主体	県	変更なし
申請窓口	地域振興局健康福祉(環境)部、健康福祉(環境)事務所	変更なし
給付の内容	医療費及び食事療養費 (自己負担あり)	医療費のみ (自己負担あり)
自己負担の内容	所得税額等により区分	医療の程度、市町村民税額等の2つの要素により区分(対象外になる者もいる)
	医療費の多少にかかわらず、負担(上限)額は同一	原則1割負担
	食事療養費は公費負担	食事療養費は自己負担
「重度かつ継続」	なし	腎臓、小腸、免疫機能障害 多数該当 原則1割負担だが、負担上限額を設定。
階層区分の再認定	7月1日を起点として実施	不要
有効期限	1年以内	原則3か月以内、最長1年以内
指定医療機関	更生医療の指定医療機関と同じ  指定の有効期限なし	更生医療の指定医療機関と同じ  指定医療機関を公示する必要あり(指定の有効期限6年)
世帯の範囲	生計を一にする者	医療保険を一にする者
薬局の取扱い	調剤は全額公費負担	調剤も自己負担の対象
自己負担上限額管理票	なし	新規

注意事項 別紙(裏面)

別紙 注意事項 制度変更にあたり、特に次の点について注意願います。

1 「重度かつ継続」について

継続的に相当額の医療費負担が発生する方への配慮として、次の方は「重度かつ継続」に該当するものとし、自己負担上限額が通常よりも低く決められます。

腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害の方  
医療保険の多数該当の方

「重度かつ継続」該当・非該当については受給者証にも記載されます。

2 自立支援医療（育成医療）意見書について

従来と若干書式が変更されていますが、自立支援医療費の支給を決定する際の資料となりますので、引き続き協力願います。

3 食事療養費標準負担額について

食事療養費標準負担額は公費負担の対象外となりますので、受給者に請求してください。

4 受給者証の有効期限について

従来の制度では認定期間を最長1年間としてきましたが、新しい制度では原則3か月以内の認定となります。（制度上、これまでどおり最長1年間の支給ができることになってはいますが、人工透析、抗HIV療法に限るとされています（厚生労働省資料より）。

3か月以上の治療期間を要するものについては当初の3か月終了前に再認定の申請が必要ですが、その際、意見書も新たに必要になります。

5 自己負担上限額管理票について

「自己負担上限額管理票」は平成18年4月1日の制度変更により、新たに導入されたもので、受給者証とともに受給者の方にお渡しするものです。

受給者証とともに提示されますので、当該診療日の支払額（自立支援医療対象疾病にかかるもの）を記載するとともに、確認印をお願いします。

（記載後は受給者にお返しください）

月毎の支払額が自己負担上限額に達した時は、その後は受給者の支払は不要となります。（記載例を参照してください）

なお、受給者証の有効期間が月の途中から始まる場合であっても、当該月における自己負担上限額は変更ありません（日割り計算により算出し直す必要なし）。

育成医療券をお持ちの方へ～育成医療給付制度の変更の御案内～

平成18年2月

新潟県健康対策課

○平成18年4月1日から育成医療給付制度が変更されます。

主な変更点

- (1) 医療費の自己負担額は原則1割となります（調剤薬局でも同様）。
- (2) 市町村民税額（所得割）が20万円以上となる世帯の児童については原則として公費負担の対象外となります。
- (3) 入院時食事療養費標準負担額は自己負担となります。

○手続きが必要です。

現在、育成医療を受給されている方で、平成18年4月1日以降も引き続き受給される場合は、下記の手続きをしてください（現在お持ちの育成医療券は平成18年4月1日以降は使えません）。

※有効期限が平成18年4月1日以降になっている方は全員手続きが必要です。

・提出書類等

- ①申請書
  - ②世帯（受診者と医療保険を同じにする者）の市町村民税課税状況が確認できる書類（市町村発行の通知書、証明書等）  
※どなたのものが必要になるか、事前に確認してください。  
※市町村民税非課税の場合は所得状況が分かる書類（市町村発行の所得証明書等）を提出してください。
  - ③世帯全員の住民票（国民健康保険加入者の場合）
  - ④保険証（国民健康保険加入者の場合は世帯全員のもの、健康保険の場合は受診者と被保険者のもの）
  - ⑤印鑑 申請書に申請者が記入、署名する場合は不要
  - ⑥発行済みの育成医療券 医療機関に提出済みの場合は不要
- 手続きの際に持参してください。

・提出先 \_\_\_\_\_ 保健所 地域保健担当  
(地域振興局健康福祉(環境)部、健康福祉(環境)事務所)

・提出期限 平成18年3月10日(金)

※手続きを行わないと平成18年4月1日以降は育成医療による公費負担が受けられないので御注意ください。

※一定以上の所得がある場合は、手続きを行っても公費負担の対象外となります（裏面⑤のケース）。

※平成18年4月1日以降に使う新しい医療券については3月中にお届けする予定です。

(裏に続く)

○自己負担額はこうなります。

下記表の①、⑤以外の世帯では、医療費の1割の額と表の「自己負担上限額（ひと月あたり）」を比較し、少ない方の額を医療機関窓口で支払います。（例を参照）

世帯の区分	自己負担上限額 (ひと月あたり)
① 生活保護世帯	0円
② 市町村民税非課税で、保護者の収入が80万円以下の世帯	2,500円
③ 市町村民税非課税で、②以外の世帯	5,000円
④ <sup>(1)</sup> 市町村民税額（所得割）が2万円未満の世帯	10,000円
④' ④ <sup>(1)</sup> で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	5,000円
④ <sup>(2)</sup> 市町村民税額（所得割）が2万円以上20万円未満の世帯	40,200円
④'' ④ <sup>(2)</sup> で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	10,000円
⑤ 市町村民税額（所得割）が20万円以上の世帯	全額（公費負担対象外）
⑤' ⑤で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	20,000円

- 注) 1 「世帯」とは、同一の医療保険に加入している家族のことです。  
 2 入院した場合は医療費の自己負担のほか、食事療養費負担額が必要です。  
 3 ②③の世帯における「収入」とは次の合計額のことです。  
 ・地方税法上の合計所得金額 ・特別児童扶養手当等 ・障害年金等

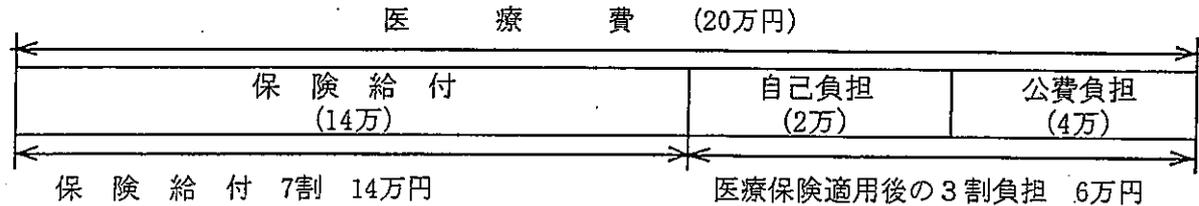
例：④<sup>(2)</sup>の世帯の児童(10才)が、手術で3日入院し、医療費が20万円だった場合

医療費  
 20万円の1割（2万円）と  
 自己負担上限額40,200円を比較  
 $20,000円 < 40,200円$   
 → 少ない方の20,000円

食事療養費標準負担額  
 1日あたり780円  
 3日分  
 $780円 \times 3日 = 2,340円$   
 (全額自己負担)

医療機関窓口で 合計額22,340円 を支払います。

医療保険適用後の医療費（このケースでは3割負担）から自己負担額を差し引いた部分は公費で負担されます。（下図）



○連絡先 \_\_\_\_\_ 保健所 地域保健担当  
 (地域振興局健康福祉(環境)部、健康福祉(環境)事務所)

電話 \_\_\_\_\_

又は 新潟県健康対策課母子保健係 電話 025-285-5511内線2663

○医療機関での支払額について

平成18年4月1日以降の診療分から、負担金の算定方法が変更となりますので、下記例を参考に誤りのないようお願いします。(受給者証には「自己負担上限額(月額)」が記載されます)

【変更後の負担額】

下記表の①、⑤以外の世帯では、医療費の1割の額と表の「自己負担上限額(月額)」を比較し、少ない方の額を医療機関窓口で支払います。

受給者証の有効期間が月の途中から始まる場合であっても、当該月における自己負担上限額は変更ありません(日割り計算は行わない)。

世帯の区分	自己負担上限額 (月額)
① 生活保護世帯	0円
② 市町村民税非課税で、保護者の収入が各々80万円以下の世帯	2,500円
③ 市町村民税非課税で、保護者の収入が80万円を超える世帯	5,000円
④ <sup>(1)</sup> 市町村民税額(所得割)が2万円未満の世帯	※ 10,000円
④' ④ <sup>(1)</sup> で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	5,000円
④ <sup>(2)</sup> 市町村民税額(所得割)が2万円以上20万円未満の世帯	※ 40,200円
④" ④ <sup>(2)</sup> で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	10,000円
⑤ 市町村民税額(所得割)が20万円以上の世帯	全額(公費負担対象外)
⑤' ⑤で腎臓・小腸・免疫機能障害又は医療保険の多数該当の場合	20,000円

※制度変更後3年間(H21.3.31まで)の経過措置。経過措置終了後は「医療保険の自己負担限度額」が自己負担上限額となります。

例1：④<sup>(2)</sup>の世帯の児童(10才)が、手術のため3日間入院、医療費20万円

<p>医療費 20万円の1割(2万円)と 自己負担上限額40,200円を比較 <u>20,000円</u> &lt; 40,200円 → 少ない方の20,000円</p>	<p>食事療養費 1日あたり780円 3日分 780円×5日=2,340円 (全額自己負担)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

医療機関窓口で 合計額22,340円 を支払います。

医療費のうち支払った額を超えた部分については公費で負担されます。

60,000円 - 20,000円 = 40,000円 (→公費負担額)  
(3割負担) (医療費の自己負担額)

例2：④(2)の世帯の児童(10才)が、手術のため7日間入院、医療費50万円

<p>医療費</p> <p>50万円の1割(5万円)と 自己負担上限額40,200円を比較</p> $50,000円 > \underline{40,200円}$ <p style="text-align: center;">↓</p> <p>低い方の40,200円</p>	<p>食事療養費</p> <p>1日あたり780円</p> <p>7日分</p> $780円 \times 7日 = 5,460円$ <p style="text-align: right;">(全額自己負担)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

医療機関窓口で 合計額45,660円 を支払います。

医療費のうち支払った額を超えた部分については公費で負担されます。

$$74,890円 - 40,200円 = 34,690円 \text{ (→公費負担額)}$$

(3割負担、高額療養費制度による自己負担額) (自己負担上限額)

例3：②の世帯の児童(2才)が、先月の手術後、今月は3日通院

- ・ 1日目 医療費 10,000円
  - ・ 2日目 医療費 20,000円
  - ・ 3日目 医療費 10,000円
- 計40,000円

<p>1日目</p> <p>1万円の1割(1,000円)と 自己負担上限額2,500円を比較</p> $\underline{1,000円} < 2,500円$ <p style="text-align: center;">↓</p> <p>低い方の1,000円</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

医療機関窓口で1,000円を支払います。

累計支払額	1,000円
自己負担上限額の残額	1,500円
公費負担額	
$2,000 - 1,000 =$	1,000円
(2割負担) (自己負担額)	

<p>2日目</p> <p>2万円の1割(2,000円)と 自己負担上限額の残額<u>1,500円</u>を 比較</p> $2,000円 > \underline{1,500円}$ <p style="text-align: center;">↓</p> <p>低い方の1,500円</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

医療機関窓口で1,500円を支払います。

累計支払額	2,500円
自己負担上限額の残額	0円
公費負担額	
$4,000 - 1,500 =$	2,500円
(2割負担) (自己負担額)	

<p>3日目</p> <p>2日目で自己負担上限額(2,500円)に達したため、窓口での支払いは不要</p>
--------------------------------------------------------

医療機関窓口での支払額は0円

公費負担額 2,000円 (2割負担)

自己負担額累計	2,500円
公費負担額累計	5,500円

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（みなし支給認定）

フリガナ				生年月日					
受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成	年	月	日
フリガナ				電話番号					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係					
	保護者氏名			電話番号 ※1					
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号			保険者名					
	受診者と同一保険の加入者								
	該当する所得区分 ※2	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続 ※3	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 ※4									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印 ※5</span></p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align:right">保健所長 様</p>									

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 チェックシート（裏面）を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシート（裏面）を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 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（通知書） 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書（通知書） その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証
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（以下「受診者」）が加入している医療保険が

健康保険や共済組合の場合 → 扶養・被扶養の関係にある方全員

国民健康保険の場合 → 一緒に国民健康保険に加入している方全員 をいいます。

### ○ 受診者が属する「世帯」に関する質問

- 1 受診者が属する「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
  
- 2 受診者が属する「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。（市町村民税の通知書等で確認してください）
  - ・ 課税されていない：3へ
  - ・ 課税されている：4へ

} 市町村民税の課税（非課税）状況が確認できる書類をご用意ください。
  
- 3 受診者の保護者の収入は80万円以下ですか。  
 （※収入とは合計所得金額、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の合計額）
  - ・ 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。
  
- 4 受診者が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（扶養者）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） 2万円以上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。
  
- 5 「重度かつ継続」（腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害又は医療保険の高額療養費で多数該当）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。

網掛け部分は1割負担の適用範囲（医療費の1割の額と下記負担上限額を比較し、少ない方を負担する）

	← 一定所得以下 →			← 中間的な所得 →		← 一定所得以上 →
	← 「生保」 →	← 「低1」 →	← 「低2」 →	← 「中間1」 →	← 「中間2」 →	← 「一定以上」 →
0円	負担上限額 2,500円		負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置 負担上限額 10,000円      負担上限額 40,200円		公費負担の対象外 （医療保険の負担割合 ・負担限度額）
	重 度 かつ 継 続 負担上限額      負担上限額      負担上限額 5,000円      10,000円      20,000円					

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ							昭和 年 月 日		
受診者氏名		性別		男・女		年齢		才	
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、不自由の状況を記載)									
(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) その他内臓障害      (9) 免疫機能障害 不自由の状況									
医療の具体的方針									
治療予定期日 年 月 日から 年 月 日まで									
治療	治療見込期間	入院治療期間		日間		通算		日間	
		通院治療回数並びに期間		回 日間					
	医療費概算額	入院治療費		円		計		円	
		通院治療費		円					
		訪問看護等		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 所在地 電話番号 担当医師名 科 印									

自立支援医療受給者証 ( 育成医療 )

更生医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院

公費負担者番号	1	6	1	5	6	0	1	0	
受給者番号	0	4	1	4	3	9	1		
フリガナ	イクセイタロウ								
氏名	育成太郎							性別	男
フリガナ	ナガオカシチユウヅマチ							生年月日	平成12年9月27日
住所	長岡市中越町3-5-7								
被保険者証の記号及び番号	保険者名								
重度かつ継続	該当	←音声言語障害は「重度かつ継続」非該当							
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	イクセイイチロウ							
	氏名	育成一郎							
	住所	同上							
公費負担の対象となる障害	音声言語障害 唇顎口蓋裂								
医療の具体的方針	手術及び術後通院								
療指	病 院 所	〇〇〇〇病院							
機 定	薬 局	所在地・電話番号	長岡市〇〇町1-2-3 0256-〇〇-XXXX						
関 業 者	訪問看護事業者	所在地・電話番号	有効期限は3か月以内						
自己負担上限額	月額 2,500 円								
有効期間	平成18年4月10日 から 平成18年7月9日 まで								
上記のとおり認定する。									
平成18年4月6日 新潟県 長岡 保健所長									

育成医療 自己負担上限額管理票

医療機関の方へ 左記受給者にかかると育成医療機関窓口での支払額 (自立支援医療対象疾病の治療にかかるとの) の記載、押印をお願いします。

日 付	医療機関名	自己負担額 (窓口支払額)	自己負担額 累積額	取扱者 確認印
4/30	〇〇〇〇病院	2,500	2,500	印
自己負担上限額に達した時は太線か力ギ ( J ) で示す。				
5/5	〇〇〇〇病院	1,000	1,000	印
5/15	〇〇〇〇病院	1,500	2,500	印
年 月 分				
年 月 分				
年 月 分				
年 月 分				

## 自立支援医療と重度心身障害者医療費助成事業（県障）の併用について

平成18年2月24日  
新潟県障害福祉課

障害者自立支援法施行に伴い、従来の更生医療・育成医療・精神通院公費については「自立支援医療」という名称で統合されることになりましたが、従来の更生医療等と県障の併用に係る事務処理は基本的には大きく変わりません。

しかし、自立支援医療で定率1割負担が導入されることや自己負担上限額の取扱等、従来の制度と変更となる点もあることから、ご留意願います。

### 1 自立支援医療と併用の場合の県障助成額（基本的なしくみ）

#### 自立支援医療自己負担額＞県障一部負担金額

助成額＝自立支援医療自己負担額－県障一部負担金額

例： 外来 4日

自立支援医療自己負担限度額 5,000円（低所得2）

自立支援医療自己負担額5,000円 県障一部負担金 2,120円

助成額＝5,000円－2,120円＝2,880円

#### 自立支援医療自己負担額≤県障一部負担金額

助成なし

例： 入院 10日

自立支援医療自己負担限度額 10,000円（重度かつ継続 中間所得層2）

自立支援医療自己負担額 10,000円 県障一部負担金 10,000円

※ 本来は1,200円×10日で12,000円であるが、自立支援医療の自己負担限度額が10,000円なので、県障一部負担金も10,000円となる。

自立支援医療自己負担額＝県障一部負担金額なので県障の助成なし。

2 医療機関での窓口徴収について

自立支援医療と県障では上限額管理の単位が異なります。

- |          |                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 自立支援医療 | 複数の医療機関を通算した自己負担上限額                                                                     |
| ② 県障     | 1 医療機関ごとの自己負担上限額<br>(外来 530 円×4 回まで=2,120 円)<br>(入院 1,200 円×日数)<br>※ 調剤薬局では一部負担金は徴収しない。 |

よって、医療機関窓口では

1 医療機関ごとの自立支援医療の自己負担額の範囲内で県障の一部負担金（外来であれば530円×4回まで）を徴収する。

複数の医療機関を受診する可能性があるため、窓口においては以下のとおりとなります。

(1) 「自己負担上限額管理表」に記載の月間自己負担上限額及び現時点での月間自己負担累積額を確認する。

① 自己負担上限額に達している場合

→ 窓口徴収はなし。県障の助成も生じない。

② 自己負担上限額に達しない場合

→ 外来、入院ごとの県障の一部負担金を当該医療機関の自立支援医療の自己負担額の範囲内で徴収する。

※ 自立支援医療の自己負担額が県障の一部負担金に満たない場合は当該自己負担額を徴収する。(その場合も外来の「月4回まで」の1回に数える)

(2) 調剤薬局では従来どおり、県障の一部負担金を徴収しない。

(3) 自立支援医療では入院時食事療養費は自己負担となったが、県障の場合、「入院時食事療養費減額認定証」所持者に限り、入院時食事療養費標準負担額全額を助成しているため、留意すること。

# 自立支援医療(更生医療:法別15)と県障(法別61)

事例1 外来(国保若人:3割負担)

所得区分 中間所得層2(重度かつ継続)自己負担上限額10,000円

## 1 県障受給者の窓口徴収額(4月)

日付	医療機関名	点数	自己負担額 (原則1割)	月間自己負担 累積額	県障一部負担金 =実際の窓口徴収額
4月1日	○△病院	1,000	1,000	1,000	530
4月1日	○○薬局	900	900	1,900	0
4月7日	○△病院	1,500	1,500	3,400	530
4月7日	○○薬局	900	900	4,300	0
4月15日	国立※※病院	1,800	1,800	6,100	530
4月20日	○△病院	1,000	1,000	7,100	530
4月20日	○○薬局	900	900	8,000	0
4月27日	○△病院	1,000	1,000	9,000	530
4月27日	○○薬局	900	900	9,900	0
4月30日	○△病院	1,000	100	10,000	0
4月30日	国立※※病院	1,800	0	10,000	0
		12,700	10,000		

薬局は一部負担金を徴収していないので窓口徴収0円

本来であれば1割負担で1,000円であるが、自己負担上限額に達するので、自立支援医療の自己負担額は100円。なお、県障一部負担金は1医療機関で530円/日(月4回まで)なので、窓口徴収はしない。

## 2 医療機関別の県障助成額一覧表(4月)

医療機関名	点数	自立支援医療自己負担額	通院	県障一部負担金	県障助成額
○△病院	5,500	4,600	5日	2,120	2,480
○○薬局	3,600	3,600	4日	0	3,600
国立※※病院	3,600	1,800	2日	530	1,270
合計	12,700	10,000		2,650	7,350

自立支援医療の自己負担上限額を超えているので窓口徴収なし。

## 3 レセプトの記載

○△病院

	請求	点	※ 決定 点	一部負担金額
療養の給付	保険	5,500		
	公費①	(自立支援医療15)		4,600
	公費②	(県障61)		2,120

①

○○薬局

	請求	点	※ 決定 点	一部負担金額
療養の給付	保険	3,600		
	公費①	(自立支援医療15)		3,600
	公費②	(県障61)		0

②

国立※※病院

	請求	点	※ 決定 点	一部負担金額
療養の給付	保険	3,600		
	公費①	(自立支援医療15)		1,800
	公費②	(県障61)		530

③

①+②+③=10,000円...自立支援医療自己負担上限額

# 自立支援医療(更生医療:法別15)と県障(法別61)

## 事例2 入院(国保若人:3割負担)

所得区分 中間所得層2(重度かつ継続)自己負担上限額10,000円

### 1 県障受給者の窓口徴収額(4月)

日付	医療機関名	点数	自己負担額 (原則1割)	月間自己負担累積額	県障一部負担金 =実際の窓口徴収額
4月1日から15日	○△病院	50,000	10,000	10,000	10,000
	その他に入院時食事療養費標準負担額				11,700 @780 * 15
4月19日	××クリニック	1,000	0	10,000	0
4月23日	××クリニック	1,000	0	10,000	0
4月26日	××クリニック	1,000	0	10,000	0
4月30日	××クリニック	1,000	0	10,000	0
		54,000	10,000		

県障の入院時食事療養費標準負担額への助成は減額認定者のみ。

入院時の県障一部負担金が自立支援医療の自己負担上限額に達しているため、窓口徴収は0円。

### 2 医療機関別の県障助成額一覧表(4月)

医療機関名	点数	自立支援医療自己負担額	通院	県障一部負担金	県障助成額
○△病院	50,000	10,000	5日	10,000	0
××クリニック	4,000	0	4日	0	0
合計	54,000	10,000		10,000	0

### 3 レセプトの記載

○△病院

		請求点	※決定点	一部負担金額
療養の給付	保険	50,000		
	公費①	(自立支援医療15)		10,000 ①
	公費②	(県障61)		10,000

○×クリニック

		請求点	※決定点	一部負担金額
療養の給付	保険	4,000		
	公費①	(自立支援医療15)		0 ②
	公費②	(県障61)		0

①+②+③=10,000円...自立支援医療自己負担上限額

## 自立支援医療(更生医療:法別15)と県障(法別61)

事例3 外来(社保若人:3割負担)

所得区分 中間所得層2 (重度かつ継続) 自己負担上限額10,000円

自己負担額上限管理表

日付	医療機関名	点数	自己負担額 (原則1割)	月間自己負担累積額	県障一部負担金 =実際の窓口徴収額
4月1日	○△病院	1,000	1,000	1,000	530
4月1日	○○薬局	900	900	1,900	0
4月7日	○△病院	1,500	1,500	3,400	530
4月7日	○○薬局	900	900	4,300	0
4月15日	国立※※病院	1,800	1,800	6,100	530
4月20日	○△病院	1,000	1,000	7,100	530
4月20日	○○薬局	900	900	8,000	0
4月27日	○△病院	1,000	1,000	9,000	530
4月27日	○○薬局	900	900	9,900	0
4月30日	○△病院	1,000	100	10,000	0
4月30日	国立※※病院	1,800	0	10,000	0
		12,700	10,000		

薬局は一部負担金を徴収していないので窓口徴収0円

本来であれば1割負担で1,000円であるが、自己負担上限額に達するので、自立支援医療の自己負担額は100円。なお、県障一部負担金は1医療機関で530円/日(月4回まで)なので、窓口徴収はしない。

自立支援医療の自己負担上限額を超えているので、窓口徴収なし。

医療機関名	点数	自己負担額	通院	県障一部負担金	県障助成額
○△病院	5,500	4,600	5日	2,120	2,480
○○薬局	3,600	3,600	4日	0	3,600
国立※※病院	3,600	1,800	2日	530	1,270
合計	12,700	10,000		2,650	7,350

レセプトの記載(県単医療費助成金請求内訳書)

○△病院

総点数及び一部負担金	総点数	県障医療に係る一部負担金	入院時食事療養費に係る標準負担額	
入院				
外来	5,500	2,120	備考	
他方負担等の有無	15 身体障害者福祉法・10結核予防法 21 精神保健福祉法・23母子保健法 16. 17 児童福祉法・長 長期高額該当	公費負担内訳		
		公費分点数	5,500	
		患者負担額	4,600	

○○薬局

総点数及び一部負担金	総点数	県障医療に係る一部負担金	入院時食事療養費に係る標準負担額	
入院				
外来	3,600	0	備考	
他方負担等の有無	15 身体障害者福祉法・10結核予防法 21 精神保健福祉法・23母子保健法 16. 17 児童福祉法・長 長期高額該当	公費負担内訳		
		公費分点数	3,600	
		患者負担額	3,600	

国立※※病院

総点数及び一部負担金	総点数	県障医療に係る一部負担金	入院時食事療養費に係る標準負担額	
入院				
外来	3,600	530	備考	
他方負担等の有無	15 身体障害者福祉法・10結核予防法 21 精神保健福祉法・23母子保健法 16. 17 児童福祉法・長 長期高額該当	公費負担内訳		
		公費分点数	3,600	
		患者負担額	1,800	

## 4 指定自立支援医療機関の指定について

### 1 障害者自立支援法施行時の取扱い

更生(育成)医療担当医療機関に関する経過措置

平成18年4月1日の時点で身体障害者福祉法第19条の2に規定する更生医療機関の指定を受けている場合、自立支援医療機関の指定があったものとみなされます(みなし指定)。

みなし指定の期間は平成19年3月31日までの1年間。この日までに新たに自立支援医療機関として更新の申請をしてください。

更新の手続きは、現時点で指定要領、指定基準が明らかになっていないため、お示ししていません。示され次第別途お知らせします。(中身は現行制度を引き継いだ内容となる予定です)

### 2 障害者自立支援法における規定

#### 【指定】

- ・ 障害者自立支援法(以下「法」という。)に規定する病院、診療所、薬局のほか、政令において、訪問看護事業者、居宅サービス事業者を規定。
- ・ 指定は、自立支援医療の種類ごとに行う。
- ・ 指定は6年間の有期。健康保険法と同様、別段の申出がないときに指定更新の申請があったものとみなす。
- ・ 申請者が保険医療機関でないとき、自立支援医療費の支給に関して重ねて勧告等を受けているとき、役員・職員が禁固・罰金を受けてから5年を経過していないとき等には、都道府県知事は指定をしないことができる。

#### 【指定の辞退】

医療機関は一月以上の予告期間を設けて指定の辞退をすることができる(法第65条)。

#### 【指定の取り消し】

医療機関が保険医療機関等でないとき、不正請求を行ったとき、障害者自立支援法、第63条及び67条に基づく指導勧告等に従わないとき指定を取り消すことができる(法第68条)

#### 【指定自立支援医療機関の遵守事項】

指定自立支援医療機関の診療方針は健康保険の診療方針の例による(法第62条)

ほか、良質かつ適切な自立支援医療を行わなければならない(法第61条)

#### 【指定の実施主体】

指定自立支援医療機関の指定は、自立支援医療の種類ごとに行うこととされており、具体的な指定事務の実施主体は育成医療、更生医療については、都道府県、指定都市、中核市。

#### 【その他の手続き】

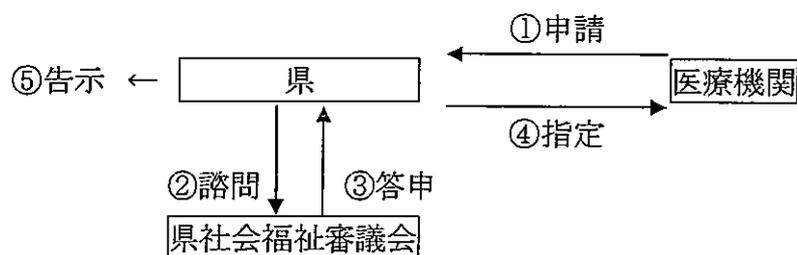
指定に係る医療機関の名称、その他厚生労働省令で定める事項の変更があった場合、医療機関は厚生労働省令の定める事項を届け出る(法第64条)。

#### 【監督】

都道府県知事は、必要があると認めるときは、医療機関の開設者等に対し報告や帳簿書類等の提出を命じ、出頭を求め、又は職員に関係者に対し質問させ、設備や診療録等につき検査させることができる(法第66条)。

診療方針等に沿って良質かつ適切な自立支援医療を実施していないと認めるときは、期限を定めて勧告することができ、勧告に従わない場合に公表、命令することができる。(法第67条)

#### 【指定自立支援医療機関の指定手順】(更生(育成)医療機関に限る)



- ・ 指定申請書受理からおおむね1か月後までに指定の可否を決定し、申請者に通知するとともに、指定を決定した場合は公示する。
- ・ 公示は医療機関の名称、所在地、医療の種類等を予定。
- ・ 現行制度において更生医療の指定医療機関が同時に育成医療の提供機関となっていることをふまえ、自立支援医療制度においても指定申請書の共通化を図り一括して指定を行う方向で検討中。

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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所						電話番号		
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		
	フリガナ 保護者住所 ※2						電話番号 ※2		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名						
	受診者と同一保険の加入者								
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続 ※4	該当・非該当		
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名				所在地・電話番号				
受給者番号 ※5									
<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 _____ 印 ※6</p> <p>平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 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と。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

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

## 〈 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

- 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
- 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
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方

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

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

申請の内容に○をつける。

※1 生年月日

障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男 <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	7歳	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××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 チヨタク カスミガセキ		医療を受ける者の 名前を書く。		電話番号	03-△△△△-□□□□		
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
受診者の 場合18歳未満	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	父		
	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 チヨタク カスミガセキ		医療を受ける 方の同一保険 に加入している 方全ての氏 名を記入。	135790	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。	受診者本人と異なる 場合に記入。	〇〇〇〇組合	医療を受ける方 が加入している 保険者名を記入 する。
	受診者の被保険者証 の記号及び番号	東京都千代田区霞ヶ関△-△-△				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。
受診者同一保険 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="checkbox"/> 中間1・中間2・一定以上		重度かつ 継続 ※4	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
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		手帳をお持ちの 方はその手帳番 号を記入する。		所在地・電話番号		手帳をお持ちの 方はその手帳番 号を記入する。		
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所	複数申請するの であれば、全て 記入する。	東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇		03-〇〇〇〇-××××	東京都千代田区霞ヶ関□□□	03-□□□□-××××	東京都千代田区霞ヶ関△△△	03-△△△△-××××
受給者番号 ※5									

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名 厚労 花男 印 ※6  
平成 〇〇年 △△月 ××日  
〇〇〇〇都道府県知事  
〇〇〇〇市町村長 殿

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。

- ※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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証		
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									
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 大正 昭和 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 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		

※ 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 ( 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		
受 診 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 ・ (女)	明治 大正 昭和 平成 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	東京都千代田区霞が関〇-△-×							
	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	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	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	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所	〇〇〇〇病院	所在地・ 電話番号	東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 03-〇〇〇〇-XXXX					
	薬局	□□□□薬局	所在地・ 電話番号	東京都千代田区霞ヶ関□□□ 03-□□□□-XXXX					
	訪問看護事業者	△△△△事業所	所在地・ 電話番号	東京都千代田区霞ヶ関△△△ 03-△△△△-XXXX					
自己負担上限額	月額	5,000						円	
有効期間	平成〇〇年△△月××日 から 平成〇〇年△△月××日 まで								
上記のとおり認定する。									
平成〇〇年△△月××日			〇〇〇〇知事 〇〇〇〇市町村長			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	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。



# 記載例

## 18年 4月分自己負担上限額管理票

受診者	新潟 太郎	受給者番号	000570
-----	-------	-------	--------

月額自己負担上限額 10,000 円

下記のとおりの月額自己負担額を記入してください

上限月額に達した医療機関が日付、医療機関名を記入し、担当者印を押印してください

医療費の1割の額を記入してください  
窓口負担額と一致しない場合があります

備考欄には、窓口負担額を記入するなどして利用してください。(記入は必須ではありません)

医療機関名、受診日、自己負担額、自己負担累積額を記入し、担当者印を押印してください

日付	医療機関	自己負担額	月間自己負担額 累積額	備考 (県単助成等)	自己負担額 徴収印
4月 1日	○△病院	1,000	1,000	530	印
4月 1日	○○薬局	900	1,900	0	印
4月 7日	○△病院	1,500	3,400	530	印
4月 7日	○○薬局	900	4,300	0	印
4月 15日	国立※※病院	1,800	6,100	530	印
4月 20日	○△病院	1,000	7,100	530	印
4月 20日	○○薬局	900	8,000	0	印
4月 27日	○△病院	1,000	9,000	530	印
4月 27日	○○薬局	900	9,900	0	印
4月 30日	○△病院	100	10,000	0	印

上限額から上段の累積額を控除した額を記入してください

負担上限額と一致します

更生医療意見書（人工透析用）

1 初回 {  
 ア 透析導入による新規申請  
 イ 保険種別変更による新規申請  
 ウ 他都道府県からの転入による新規申請  
 } 2 継続 3 再 { 更生医療中止  
 後、再申請 }

氏名		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生 ( )歳	身体障害者手帳 じん臓機能障害 級
住所							
障害名 腎機能障害（原病名							
透析開始：昭和 年 月 日 現在の透析法：HD, HF, HDF, IPD, CAPD 平成							
現病歴概要							
現症ならびに検査成績（導入申請では透析導入前のデータを、その他の申請では最新の透析前のデータを記入すること）							
1	腎機能と尿所見						
	クレアチンクリアランス	ml/分				測定不能	未測定
	24時間尿量	ml/日					
	尿所見：蛋白	g/日	糖		g/日		
	赤血球	白血球	円柱				
2	血清（漿）生化学的所見（透析終了						
	尿素窒素	mg/dl	クレアチニン			mg/dl	
	尿酸	mg/dl					
	ナトリウム	mEq/l	無機リン			mg/dl	
	カリウム	mEq/l	カルシウム			mg/dl, mEq/l	
	クロール	mEq/l	マグネシウム			mEq/l	
	PH		HCO <sub>3</sub>			mEq/l	
	総蛋白	g/dl	アルブミン			%, g/dl	
3	末梢血所見						
	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	ヘモグロビン			g/dl	
	ヘマトクリット	%	白血球数			/mm <sup>3</sup>	
	血小板数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>					
4	血圧	/	身長	cm	体重	kg	

5 その他の検査所見								
胸部レ線						心胸比	%	
心電図								
眼底所見								
(糖尿病を合併する場合) 空腹時血糖						mg/dl, HbA <sub>1c</sub>	%	
6 臨床症状 (有の場合はそれを裏づける所見を「 」の中に記入)								
心包炎						(有 無)	「	」
出血傾向						(有 無)	「	」
中枢神経症状						(有 無)	「	」
末梢神経症						(有 無)	「	」
消化器症状						(有 無)	「食欲不振、悪心、嘔吐、下痢」	
体液過剰						(有 無)	「浮腫、肺うっ血」	
骨病変						(有 無)	「	」
精神障害						(有 無)	「	」
その他腎不全に関する症状						「	」	
7 活動性の障害程度								
(1) 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。								
(2) 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。								
(3) 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。								
医療の具体的方針								
医療の期間			入院	月間 日間	通院	月間 日間		
医療費の概算額			円 { 入院医療費 通院医療費 } 円					
医療費 概算額 内訳	手術料 円	投薬 注射料 円	処置料 円	検査料 円	基本治療 円	入院料 円	その他 円	合計 円
更生医療予定年月日			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

指定医療機関名

担当医師名



更生医療意見書

本人氏名		男 女	生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日
本人住所					
病名					
不自由 の状況					
医 療	医療実施の 具体的内容				
	医療 見込期間	入院期間 通院回数ならびに期間 訪問看護予定回数ならびに期間	回 回	日間 日間 日間	} 通算 日間
	医療費 概算額	入院医療費 通院医療費 訪問看護等	円 円 円	} 計	円
	医療開始 予定年月日	平成 年 月 日 開始 ・ 平成 年 月 日 終了			
医療後における 障害の回復状況 の見込		身体 障害 者手 帳	術前等級 級 項		
			術後等級 級 項		

上記のとおり診断し、医療費を概算します。

平成 年 月 日

担当医療機関名

担当医師名



## 医療費概算額内訳書

医療費 算定額 月別	手術料 円	投薬 注射料 円	処置料 円	検査料 円	基本 治療 円	入院料 円	訪問 看護 円	その他 円	合計 円
第1月									
第2月									
第3月									
第4月									
第5月									
第6月									
第7月									
第8月									
第9月									
第10月									
第11月									
第12月									
合計									
備 考									

平成17年 月 日  
障発第 号

都道府県知事  
各指定都市市長 殿  
中核市市長

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

標記については、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づき、平成18年4月1日から自立支援医療として、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）によって実施することとなったので、御了知のうえ、円滑な執行を図りつつ、適宜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されたい。

なお、昭和62年7月3日発第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日社援更第89号「更生医療の給付について」及び健康保険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（昭和40年9月15日衛発第648号）は、本通知の施行に伴い廃止する。

また、今回の改正により、昭和45年10月21日社更第89号通知「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日社更第56号通知「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日社更第82号通知「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日社更第43号通知「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋列の歯科矯正の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」及び平成10年4月8日障第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、本通知の事務手続により行うものであること。

自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）の支給認定（以下「支給認定」という。本要綱において同じ。）の事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、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 自立支援医療（育成医療）の対象

自立支援医療（育成医療）（以下単に「育成医療」とする。本要綱において同じ。）の対象となる児童は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、これを放置するときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められる児童であって、確実なる治療効果が期待しうるものとする。

1 育成医療の対象となる疾患を障害区分により示せば、次のとおりであること。

- (1) 肢体不自由によるもの
- (2) 視覚障害によるもの
- (3) 聴覚、平衡機能障害によるもの
- (4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
- (5) 内臓障害によるもの（心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸及び小腸機能障害を除く内臓障害については、先天性のものに限る。）
- (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

2 内臓障害によるものについては、手術により将来生活能力を得る見込みのあるものに限ることとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法及び小腸機能障害に対する中心静脈栄養法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

第2 支給認定の申請

支給認定の申請は、障害者自立支援法施行規則（平成17年厚生労働省令第 号。以下「規則」という。本要綱において同じ。）第 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 申請に当たっては、申請書（別紙様式○）に指定自立支援医療機関の担当医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。本要綱において同じ。）（別紙様式○）、受診者及び受診者と同一の「世帯」（規則で定めるところによる自立支援医療における世帯をいう。本要綱において同じ。）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。本要綱において同じ。）、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、生活保護受給世帯の証明書、市町村民税（均等割・所得割）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) の他、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付させること。

2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、法第54条第2項の指定自立支援医療機関の担当医師の作成したものであること。

### 第3章 支給認定

1 都道府県知事(指定都市及び中核市の市長を含む。以下同じ。)が所定の手続による申請を受理した場合は、申請者について育成医療の要否等について、育成医療の対象となる障害の種類、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び育成医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に認定を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用(食事療養の費用を除く。)について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。

2 都道府県知事は、当該申請について、育成医療を必要とすると認められた場合は、「世帯」の所得状況を確認の上、「重度かつ継続」への該当、非該当、別表に定める自己負担限度額の認定を行った上で、規則の定めるところにより、自立支援医療受給者証(以下「受給者証」という。本要綱において同じ。)(別紙様式○)及び自己負担上限額管理票(別添様式○)を申請者に交付すること。認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨の通知書(別紙様式○)を申請者に交付すること。

なお、受給者証の交付に当たっては次の点に留意されたい。

(1) 支給認定の有効期間は、当該自立支援医療費の支給の終了期限であるので、その記載に当たっては、指定自立支援医療機関と十分連絡の上、治療予定期間に受給者証の送達等のための若干の余裕日数を見込む等育成医療に支障のないよう配慮すること。

(2) 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、原則3ヶ月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

(3) 本人が死亡した場合又は身体の状況から育成医療を受ける必要がなくなった場合は、当該者に交付していた受給者証を速やかに都道府県知事に返還させること。

### 第4章 育成医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

1 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(以下「再認定」という。)、申請者は、申請書(別紙様式○)に医師の意見書、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の他、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については特定疾病療養受療証を添付の上、都道府県知事あて

申請すること。都道府県知事は再認定の要否等について、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨を前記の却下手続に準じて通知書を交付すること。

2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、申請者から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、都道府県知事あて申請すること。都道府県知事は育成医療の変更の要否等について変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨を前記の却下手続に準じて通知書を交付すること。

## 第5 自立支援医療費の支給の内容

1 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた育成医療に係る費用について、都道府県が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

2 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、規則第 11 条第 1 項に列挙されているとおりであるが、それらのうち移送等の取扱いについては、次によること。

(1) 移送費の支給は、本人が歩行困難等により必要と認められる場合に支給することとし、その額は必要とする最小限度の実費とすること。

なお、介護者が必要と認められる場合は、付添人の移送費についても支給して差支えないこと。

(2) 移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から都道府県知事に申請させること。

3 支給認定の有効期間中において、育成医療の対象疾病に直接起因する疾病を併発した場合は、その併発病の治療についても自立支援医療費の支給の対象として差支えないこと。

## 第6 育成医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

1 診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和 29 年社発第 353 号通知「医療扶助並びに更生医療及び育成医療の給付に伴う診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について」、昭和 49 年児発第 655 号通知「育成医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」及び昭和 51 年衛発第 792 号通知「公費負担医療に関する費用の審査支払事務を日本鉄道共済組合に委託する契約について」に定めるところによること。

2 自己負担額については、指定自立支援医療機関において本人から受領するもので

あること。

#### 第7 医療保険各法との関連事項

医療保険各法と自立支援医療費の支給との関係は、障害者自立支援法施行令（平成17年政令第 号）第 条に基づき、医療保険各法による医療の給付が優先すること。

したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、いわゆる医療保険の自己負担部分を対象とすることとなるものであること。

#### 第8 その他

1 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 本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とされたい。

自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

法第58条第1項に基づく自立支援医療費（更生医療）の支給認定（以下「支給認定」という。本要綱において同じ。）についての事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか本要綱により行い、もって自立支援医療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 自立支援医療（更生医療）の対象

自立支援医療（更生医療）（以下単に「更生医療」とする。本要綱において同じ。）の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する者であって、確実なる治療効果が期待しうるものとする。

1 更生医療の対象となる疾患を障害区分により示せば、次のとおりであること。

- (1) 肢体不自由によるもの
- (2) 視覚障害によるもの
- (3) 聴覚、平衡機能障害によるもの
- (4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
- (5) 内臓障害によるもの（心臓、腎臓、小腸機能障害に限る）
- (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

2 内臓障害によるものについては、手術により障害の除去又は軽減が見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのは除くこと。

なお、腎臓障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法及び小腸機能障害に対する中心静脈栄養法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

第2 支給認定に係る事務の委任

支給認定については、福祉行政の第一線機関である福祉事務所の長に事務を委任して行うこと。ただし、福祉事務所を設置していない町村についてはこの限りでないこと。

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は障害者自立支援法施行規則（平成17年厚生労働省令第 号。以下「規則」という。本要綱において同じ。）第 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 申請者は、別紙様式〇による申請書に指定自立支援医療機関の担当医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。本要綱において同じ。）、身体障害者手帳の写し、受診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。本要綱において同じ。）、

受診者と同一の医療保険に属する者の被保険者証等、受診者の属する「世帯」（規則で定めるところによる自立支援医療における世帯をいう。本要綱において同じ。）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、生活保護受給世帯の証明書、市町村民税（均等割・所得割）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）の他、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長（支給認定の事務を委任された福祉事務所の長を含む。本要綱において同じ。）に申請すること。

2 医師の意見書は、支給認定に当たって基礎資料となるものであるから、法第54条第2項に定める指定自立支援医療機関の担当医師が作成したものであること。

3 市町村長は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの自立支援医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。本要綱において同じ。）の長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。本要綱において同じ。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させること。

なお、申請者について、その資格を有しないと認められた場合には、様式〇〇による通知書を申請者に交付すること。

#### 第4 更生医療の要否の判定

1 判定の依頼を受けた更生相談所の長は申請者について判定を行い、判定書及び付属書類を作成し市町村長に送付すること。

2 判定は、申請者について、医学的、心理学的及び職能的に行うものであるが、特に医学的判定については、支給認定を行うかどうかについての的確な判定を行うことは勿論、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障害の種類、「重度が継続」の該当・非該当、具体的な治療方針、入院、通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額の算定は、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養の費用を除く。）について健康保険診療報酬点数表によって行うものとする。また、老人保健法の対象者の更生医療の支給に要する費用の概算額の算定は、老人診療報酬点数表によって行うものとする。

#### 第5 支給認定

1 市町村長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。

また、判定の結果、更生医療を必要としないと認められた者については前記第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。

なお、支給認定の際に指定自立支援医療機関において実施する医療以外に移送等を必要とすると認められた者については、それらに要する費用額の算定を行った調査書を作成すること。

2 更生医療と他の法律による医療の給付等との関係は、更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られるので他の法律による療養の給付等とは対象を異にし、原則として競合することはないこと。  
ただし、例外的に他法によるものと更生医療とが同時に行われた場合には、本人が直接負担する部分についてのみ更生医療の対象とすること。

3 受給者証の交付に当たっては、「世帯」の所得状況及び更生相談所の判定書に基づき「重度かつ継続」への該当・非該当、別表に定める自己負担上限額の認定を行った上で、規則の定めるところにより、別紙様式〇による受給者証及び別添様式〇自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。

4 有効期間は、当該自立支援医療費の支給の終了期限であるので、その記載にあたっては、指定自立支援医療機関と十分連絡の上、治療予定期間に受給者証送達等のための若干の余裕日数を見込む更生医療に支障のないよう配慮すること。

5 更生医療の具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面別紙に詳細に記入すること。

6 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に限られること。

7 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳禁に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3か月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害に抗H-I V療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

8 本人が死亡した場合又は医療を受けることを中止した場合は、当該者に交付していた受給者証を速やかに市町村長に返還させること。

## 第6 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

1 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（以下「再認定」という。）申請者は別紙様式〇の申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書及び被保険者証等、受診者と同一の医療保険に属する者の被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料の他、腎臓機能障害に対する

人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長あて申請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、再認定の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨を、前記第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。

2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、身体障害者本人から申請があった場合、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、市町村長あて申請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、変更の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨を、前記第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。

## 第7 自立支援医療費の支給の実施

1 市町村長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に對し、必要に応じ、治療経過・予定報告書(以下「報告書」という。)(の提出を求めることとし、当該指定自立支援医療機関が薬局の場合はその必要はないこと。

2 指定自立支援医療機関において支給認定の有効期間を延長する必要があると認める場合には、報告書にその旨を記入して提出させること。この場合において単なる期間延長とみて認められる期間は、原則として、2週間以内でかつ週1回に限ることとする。この場合、更生相談所における判定は要せず、市町村長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。それ以上の期間を要するものについては、医療の具体的方針の変更として前記6(2)の取扱いによること。

3 自立支援医療費を支給する場合にあっては次によること。

- (1) 更生医療は指定自立支援医療機関において現物給付によって行うことを原則とし、現物給付に代えて費用を支給することは止むを得ない事情がある場合に限るようにされたいこと。
- (2) 移送費の支給は本人を移送するために必要とする最小限度の経費とすること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。
- (3) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみその料金を支給すること。
- (4) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最少限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであるから支給は

認められないこと。

(5) 移送費、施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。

ア 移送費の算定は、移送のために必要な最少限度の実費とすること。

イ 施術料は保険局長通知「はり・きゅう、あんま、マッサージにかかる療養費の支給について」により算定すること。

ウ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

## 第7 指定自立支援医療機関における診療報酬の請求及び支払

1 診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定自立支援医療機関所在地の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提出させること。

2 自己負担額については、指定自立支援医療機関において本人から受領するものであること。

## 第8 診療報酬の審査、決定及び支払

1 診療報酬の審査については「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」及び「更生医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」の通知によること。

2 診療報酬の額の決定は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が行うこと。

## 第9 施行期日

この通知は、平成〇〇年〇月〇日から施行すること。

## 〈現行〉

### 新潟県更生(育成)医療担当医療機関指定申請等手続要領

#### 1 趣旨

- (1) この要領は、新潟県に所在地を有する病院、診療所、若しくは薬局の開設者(以下「医療機関の開設者」という。)又は訪問看護事業を実施している訪問看護事業者(以下「訪問看護事業者」という。)が、新潟県知事(以下「知事」という。)に対して身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号。以下「法」という。)第19条の2第1項の規定による指定及び身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号。以下「規則」という。)第13条の6第1項の規定による担当する医療の種類の変更の承認を申請しようとする場合並びに規則第13条の7第1項の規定による届出及び規則第13条の8第1項の規定による指定辞退の届出をする場合に必要の手続の細部について定めるものとする。
- (2) 育成医療の給付は、知事が法第19条の2第1項の規定により指定する医療機関に委託してこれを行うものとする(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第20条第4項)。

#### 2 指定の申請

医療機関の開設者は、法第19条の2第1項の規定による知事の指定を受けようとする場合は、別記第1号様式による更生医療機関指定申請書を作成し、知事に提出しなければならない。(規則第13条の3、身体障害者福祉法施行細則(昭和34年新潟県規則第15号。以下「規則」という。)第8条第1項)。

#### 3 担当する医療の種類の変更

既に法第19条の2第1項の規定による指定を受けた医療機関(以下「指定医療機関」という。)の開設者は、その担当すべき医療の種類を変更しようとする場合は、別記第2号様式による担当医療の種類変更申請書を作成し、知事に提出しなければならない(規則第13条の6第1項、細則第8条第2項)。

#### 4 届出

- (1) 指定医療機関(病院又は診療所)の開設者は、次の事項の一に該当するに至ったときは、別記第3号様式による更生医療機関変更届出書を作成し、速やかに知事に提出しなければならない(規則第13条の7第1項、細則第9条)。
  - ア 病院又は診療所の名称又は所在地に変更があったとき。
  - イ 開設者の住所又は氏名若しくは名称に変更があったとき。
  - ウ 標ぼうしている診療科名(担当しようとする医療の種類に関係あるものに限る。)に変更があったとき。
  - エ 更生医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴に変更があったとき。
  - オ 更生医療を行うために必要な設備又は体制の概要に変更があったとき。
  - カ 診療所にあつては、患者を収容する施設又はその収容定員に変更があったとき。
  - キ 当該医療機関を休止し、廃止し又は再開したとき。
  - ク 医療法(昭和23年法律第205号)第24条、第28条又は第29条に規定する処分を

受けたとき。

- (2) 指定医療機関（指定訪問看護事業者等）の開設者は、次の事項の一に該当するに至ったときは、(1)と同様に知事に届け出なければならない（令第5条の9、細則第9条）。
- ア 指定訪問看護事業者等の名称又は所在地に変更があったとき。
  - イ 当該指定訪問看護ステーション等の名称又は所在地に変更があったとき。
  - ウ 当該指定訪問看護ステーション等において指定訪問看護等に従事する職員の定数に変更があったとき。
  - キ 当該指定訪問看護ステーション等において行う指定訪問看護等の事業を休止し、廃止し又は再開したとき。
  - ク 健康保険法（大正10年法律第70号）第44条の11、老人保健法第46条の17の8に規定する処分を受けたとき。
- (3) 指定医療機関（薬局）の開設者は、次の事項の一に該当するに至ったときは、前2号と同様に知事に届け出なければならない（規則第13条の7第1項、細則第9条）。
- ア 薬局の名称又は所在地に変更があったとき。
  - イ 開設者の住所又は氏名若しくは名称に変更があったとき。
  - ウ 調剤のために必要な設備又は施設の概要に変更があったとき。
  - エ 当該指定訪問看護ステーション等において行う指定訪問看護等の事業を休止し、廃止し又は再開したとき。
  - オ 薬事法（昭和35年法律第145号）第72条又は第75条第1項に規定する処分を受けたとき。

## 5 指定の辞退

指定医療機関の開設者は、法第19条の2第3項の規定により指定を辞退しようとする場合は、別記第4号様式による更生医療機関指定辞退申出書を作成し、知事に提出しなければならない（規則第13条の8第1項、細則第10条）。

### 附則

この要領は、昭和62年4月1日から実施する。

### 附則

この要領は、平成6年11月28日から実施する。

更生医療機関指定申請書

医療機関	名称	
	所在地	(電話 )
医療機関の開設者又は指定訪問看護事業者若しくは指定居宅サービス事業者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科名		
担当しようとする医療の種類		
主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		
主として担当する医師、歯科医師又は薬剤師の経歴		
更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要、訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護若しくは指定居宅サービスに従事する職員の定数又は調剤のために必要な設備及び施設の概要		
更生医療を行うための収容設備の定員		人

上記のとおり身体障害者福祉法第19条の2第1項の規定による医療機関として指定されるよう申請します。

年 月 日

医療機関の開設者又は指定訪問看護事業者若しくは  
指定居宅サービス事業者

住所又は所在地

氏名又は名称

印

新潟県知事 様

注 各項目の欄に記入できないときは、別紙として作成し、この様式に添付すること。

(記載要領)

1 病院又は診療所

- (1) 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- (2) 開設者が法人の場合は、法人の名称並びに代表者の職名及び氏名を記載すること。
- (3) 「標ぼうしている診療科名」は担当しようとする医療の種類に関係のあるもののみを記載すること。
- (4) 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。
  - ア 眼科に関する医療
  - イ 耳鼻咽喉科に関する医療
  - ウ 口腔に関する医療
  - エ 整形外科に関する医療
  - オ 形成外科に関する医療
  - カ 中枢神経に関する医療
  - キ 脳神経外科に関する医療
  - ク 心臓脈管外科に関する医療
  - ケ 腎臓に関する医療
  - コ 腎移植に関する医療
  - サ 小腸に関する医療
  - シ 歯科矯正に関する医療
  - ス 免疫に関する資料
- (5) 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、担当しようとする医療の種類ごとに記載すること。
- (6) 「主として担当する医師又は歯科医師」の経歴は、別紙1の様式により作成し、申請書に添付する。
- (7) 「更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要」は、別紙2の様式により、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載し、申請書に添付すること。

2 訪問看護事業者等

- (1) 「医療機関の名称」は、必ず訪問看護ステーションの正式名称を記載すること。
- (2) 訪問看護事業者が法人の場合は、法人の名称並びに代表者の職名及び氏名を記載すること。
- (3) 「訪問看護ステーションにおいて訪問看護を行う職員の定数」は、別紙3の様式により記載し、申請書に添付すること。

3 薬局

- (1) 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- (2) 開設者が法人の場合は、法人の名称並びに代表者の職名及び氏名を記載すること。
- (3) 「薬剤師の経歴」は別紙4の様式により作成し、申請書に添付すること。(薬剤師免許証の写しを添付すること。)
- (4) 「調剤のために必要な設備及び施設の概要」は、別紙5の様式により作成し、申請書に添付すること。

(5) 以上のほかに、社団法人新潟県薬剤師会の推薦状及び薬局開設許可証の写しを添付すること。

経 歴 書

学位		氏名	印	生年月日	
現住所					
関係学会 加入状況			腎移植に関する臨床実績	口蓋裂歯科矯正症例	
			医療機関名		
			年月日		
			症例数		
年月日	任命事項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

(記載要領)

- 1 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 2 「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における制度上の資格等(認定医、指導医等)を記載し、その証明(認定医写し等)を添付すること。
- 3 「任命事項」は、最終学歴から現在に至るまでを詳細に記載すること。
  - (1) 医師又は歯科医師の免許取得時期を明記し、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付すること。
  - (2) 病院、研究期間間医師又は歯科医師が勤務又は研究等のため利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記載すること(例えば〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
  - (3) 勤務先における身分(たとえば医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
  - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間あたりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
  - (5) 2以上の病院に勤務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件等を具体的に記載すること(例えば〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院整形外科週2日(延〇時間勤務)等)。
  - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること(例えば〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学等)。
- 4 学位論文又は学会に提出した論文で担当しようとする医療の種類に関連するものがあれば、その主なものについて論文名、提出年月日を記載すること。
- 5 研究テーマ、研究の期間、従事日数(1か月又は1週当たり)、その他研究態様を明らかにするために必要な事項について、指導した主任教授の証明書(別紙1の2)を添付すること。

この場合において、研究とは、講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等をいうものであること。
- 6 腎臓に関する医療を担当しようとする場合は、人工透析に関する専門研修・臨床実績についての医療機関の長又は大学の教授の証明書(別紙1の3)を添付すること。
- 7 腎移植に関する医療を担当しようとする場合は、腎移植に関する臨床実績(医療機関名、年月日及び症例数)を記載すること。
- 8 小腸に関する医療を担当しようとする場合は、中心静脈栄養法を担当した医療機関の長又は大学の教授の証明する「中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書」(別紙1の4)を添付すること。
- 9 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合には、口蓋裂の歯科矯正症例(医療機関名、年月日及び症例数)を記載すること。

研究態様に関する証明書

医療機関名  
氏名

1 研究テーマ

2 研究の期間等

(1) 教室における研究の期間

自 年 月 日 ) 月間 (1週 日 時間)  
至 年 月 日

(2) 教授指導下での教室外における研究の期間

自 年 月 日 ) 月間 (1週 日 時間)  
至 年 月 日

3 その他研究態様を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名

印

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名  
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日  
至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医療機関名等
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 ( 年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当医師名						
医療機関名		期 間		症 例 数		備 考		
病院		年月日	年月日	中心静脈栄養法				
病院		~		( )				
病院		~		( )				
病院		~		( )				
病院		年月日	年月日	経腸栄養法				
病院		~						
病院		~						
病院		~						
主たる担当医師の中心静脈栄養法症例	患者性別	年 齢	期 間	経腸栄養法症例	患者性別	年 齢	期 間	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名  
氏 名

印

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「在宅中心静脈栄養法指導管理を行う旨の新潟県知事への届出」は、昭和61年3月15日付け保険発第18号厚生省保険局長通知に基づく届出の有無を記載すること。
- 4 「主たる担当医師の中心静脈栄養法症例数」は、各医療機関における中心静脈栄養法症例数を記載すること。
- 5 (1) 「主たる担当医師の中心静脈栄養法症例」は、個々の症例を直近から遡って記載すること。  
この場合、証明書の記載欄を満たす範囲内で症例を計上すれば足りること。  
なお、中心静脈栄養法を施行した期間については、例えば昭和61年10月1日から昭和61年11月1日まで施行した場合は、「61.10.1～61.11.1」のように記載すること。  
(2) 同一症例に対し、断続的に繰り返し中心静脈栄養法を施行した場合は、その都度別個の症例と数えて差し支えないこと。  
(3) 中心静脈栄養法を開始した時点から終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。  
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日又は翌日に再挿入した場合は1日とみなし、複数の症例として計上しないこと。  
(4) 集団管理方式とは、2人以上のグループ医師団により患者管理する方式をいい、単独管理方式とは、1人の主治医が1人の患者を継続して管理する方式を言うものであること。

更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要

	品 目	数量	品 目	数量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

(記載要領)

- 1 「設備」は、「耳鼻咽喉科に関する医療」にあつては、オーディオメーター及び遮音室について、「整形外科に関する医療」にあつては、後療法設備について、「心臓脈管外科に関する医療」にあつては心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備について、「じん臓に関する医療」にあつては人口じん臓の設備及び専用の透析室について、「腎移植に関する医療」にあつては保存器、HLA 検査装置及び人口じん臓の設備について、「歯科矯正に関する医療」にあつては、頭部 X 線規格写真撮影装置及びパントモ撮影装置の設備について必ず記載すること。
  
- 2 「体制」は、当該医療の種類について、主として担当する医師のほかに、担当する医師その他の職員の有無(人数)等を記載すること。特に、「じん移植に関する医療」を担当しようとする医療機関においては、じん移植専従医師の人数を記載すること。

訪問看護ステーションにおいて訪問看護を行う職員の定数

職 種	定 数

(備考) 職員の定数は、保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

## 経 歴 書

学位		ふりがな 氏 名	印	生年月日	
現住所					
最終学歴					
主な職歴					

(記載要領)

「主な職歴」は、勤務先の身分を明確に記載すること。

## 調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室	面積 m <sup>2</sup>	調剤室の構造	
	品 目	品 目	
主な設備			

## (記載要領)

- 1 薬局の見取り図を添付すること。
- 2 「主な設備」の欄には、薬局等構造設備規制(昭和36年2月厚生省令第2号)に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主なるものを記載すること。

担当医療の種類変更申請書

医療機関	名称	
	所在地	(電話 )
医療機関 の開設者	住所	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科名		
担当しようとする医療の種類		
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		
更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要		
更生医療を行うための収容設備の定員		人

上記のとおり身体障害者福祉法施行細則第13条の6第1項の規定により申請します。

年 月 日

医療機関の開設者

住所

氏名

印

新潟県知事 様

注 各項目の欄に記入できないときは、別紙として作成し、この様式に添付すること。

第8号様式（第9条関係）

更生医療機関変更等届出書

届出事項	内 容	
医療機関の名称及び所在地 ( 年 月 日変更)	変更後	( 電話 )
	変更前	
医療機関の開設者の住所及び氏名若しくは 名称又は指定訪問看護事業者若しくは指定 居宅サービス事業者の所在地及び名称 ( 年 月 日変更)	変更後	
	変更前	
標ぼうしている診療科名 ( 年 月 日変更)	変更後	
	変更前	
主として担当する医師又は歯科医師 又は薬剤師の氏名  ( 年 月 日変更)	前任者 氏 名	
	後任者 氏 名	
	変更理由	
	経 歴	
更生医療を行うために必要な設備及び体制 の概要、訪問看護ステーション等において 指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護若 しくは指定居宅サービスに従事する職員の 定数又は調剤のために必要な設備及び施設 の概要 ( 年 月 日変更)	変更事項	
更生医療を行うための収容設備の定員 ( 年 月 日変更)	変更後	人
	変更前	人
医療機関の休止・廃止又は再開	年 月 日から 年 月 日まで休止 年 月 日から廃止・再開	
	理 由	
医療法、健康保険法、介護保険法又は薬事 法による処分 ( 年 月 日処分)		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

医療機関の開設者又は指定訪問看護事業者若しくは  
指定居宅サービス事業者

住所又は所在地

氏名又は名称

印

新潟県知事

様

注 各項目の欄に記入できないときは、別紙として作成し、この様式に添付すること。

第4号様式

更生医療機関指定辞退申出書

医療機関	名 称	
	所在地	(電話 )
当初指定年月日及び 通知番号		
指定医療機関として の医療の担当を終了 する年月日		
指定を辞退する理由		

上記のとおり身体障害者福祉法第19条の2第3項の規定により指定を辞退したいので  
申し出ます。

年 月 日

医療機関の開設者

住 所

氏 名

Ⓜ

新潟県知事 泉 田 裕 彦 様

身体障害者福祉法第19条の2の規定に基づく医療  
機関の指定等に関する審査基準

(趣旨)

- 1 新潟県社会福祉審議会が、身体障害者福祉法第19条の2第6項及び身体障害者福祉法施行規則第13条の6第2項の規定により新潟県知事に対し意見を述べようとするときは、この基準に定めるところに従って審査を行うものとする。

(医療機関)

- 2 原則として現に更生医療の対象となる身体障害者の治療を行っており、かつ、更生医療指定医療機関担当規定(昭和29年5月29日厚生省告示第143号)により、懇切丁寧な医療が行える医療機関であること。

(設備及び体制)

- 3 更生医療を行うために必要な設備及び体制を有している医療機関であること。  
なお、特に必要とされる設備及び体制は次のとおりであること。
  - (1) 耳鼻咽喉科に関する医療を担当する医療機関にあつては、オーディオメーター及び遮音室を有していること。
  - (2) 整形外科に関する医療を担当する医療機関にあつては、後療法設備を有していること。
  - (3) 心臓脈管外科に関する医療を担当する医療機関にあつては、心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。
  - (4) じん臓に関する医療を担当する医療機関にあつては、人工じん臓2台以上及び専用の透析室を有していること。
  - (5) じん移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、HLA検査装置及び人工じん臓2台以上を有し、かつ、じん移植専従医師が3人以上いること。
  - (6) 小腸に関する医療を担当する医療機関にあつては、在宅中心静脈栄養法を実施する保険医療機関であり、緊急事態に対応できるような体制がとられていること。
  - (7) 歯科矯正に関する医療を担当する医療機関にあつては、頭部X線規格写真撮影装置及びパントモ撮影装置を有していること。
  - (8) 薬局にあつては、待合設備を有するとともに、指定について、新潟県薬剤師会の推薦を得ていること。

(更生医療を主として担当する医師又は歯科医師)

- 4 更生医療を主として担当する医師又は歯科医師が、次に掲げる要件を満たしていること。
  - (1) 当該医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。
  - (2) それぞれの医療の種類の特科科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、大学医学(歯学)部(又は医科(歯科)大学)卒業者にあつては5年以上、医学(歯学)専門学校卒業者にあつては7年以上あること。ただし、専門科目の名誉教授、前教授及び現職教授は、年数の如何にかかわらず認めることとする。

適切な医療機関とは、大学専門教室(大学院を含む。)及び医師法第16条の2第

1項の規定に基づく臨床研修指定病院を指すものであること。

なお、専門科目に関する学位を取得している場合は、相応の研究を経たものとして6月以内を加算し得ること。

また、整形外科を主として担当する医師にあっては、上記のほか、日本整形外科学会認定医制度規約に基づく研修施設についても、適切な医療機関として取り扱うこと。

(3) 耳鼻咽喉科、口腔、整形外科、形成外科、中枢神経、脳神経外科、心臓脈管外科、じん臓、じん移植、小腸及び歯科矯正に関する医療を主として担当する医師又は歯科医師にあっては、(1)及び(2)に掲げる要件のほか、次の事項についても審査し、要件とすること。

ア 耳鼻咽喉科に関する医療

関係学会（日本耳鼻咽喉科学会及び日本オージオロジー学会）に加入していること。

イ 口腔に関する医療

日本口腔外科学会の認定医であること。

なお、歯科医師の場合には、耳鼻咽喉科、麻酔科等の医師によるチーム編成ができるような体制の整った医療機関であること。

ウ 整形外科に関する医療

日本整形外科学会の認定医であること。

エ 形成外科に関する医療

(ア) 日本形成外科学会の認定医であること。

(イ) 形成外科を標ぼうしていること。

オ 中枢神経に関する医療

(ア) 研究態様と更生医療で予定している医療内容とに関連が認められること。

(イ) 小児科医師の場合は、日本小児科学会の認定医であること。

カ 脳神経外科に関する医療

日本脳神経外科学会の認定医であること。

キ 心臓脈管外科に関する医療

研究態様と更生医療で予定している医療内容とに関連が認められること。

ク じん臓に関する医療

(ア) 適切な医療機関において人工透析に関する研修又は財団法人じん研究会が行う透析療法従事職員研修を受けていること。

(イ) 人工透析に関する臨床実績が1年以上あること。

(ウ) 関係学会（日本じん臓学会、日本人工臓器学会、日本透析療法学会及び日本泌尿器学会）のいずれかひとつに加入していること。

(エ) じん臓に関する専門科目とは、内科、小児科、循環器科、外科、泌尿器科又は麻酔科をいい、病理学、生理学等の基礎医学又は産婦人科等の診療領域に関する科目は除くものであること。

ケ じん移植に関する医療

(ア) じん（死体じん）移植症例が3例以上あること。

(イ) 関係学会（日本移植学会）に加入していること。

コ 小腸に関する医療

(ア) 中心静脈栄養法について、20症例以上の臨床経験を有していること。

(イ) 関係学会（日本消化器病学会、日本消化器外科学会、日本小児科学会、日本小児外科学会、日本外科代謝栄養学会、静脈経腸栄養研究会及び日本消化吸収学会）のいずれかひとつに加入していること。

サ 歯科矯正に関する医療

(ア) 研究態様と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5症例以上の経験を有していること。

(イ) 矯正歯科を標ぼうしていること。

(ウ) 関係学会（日本矯正歯科学会及び日本口蓋裂学会）に加入していること。

(条件付き指定)

- 5 前項(3)の要件のうち、学会加入に関するものについては、申請時点で未加入であっても、加入を条件として指定してさしつかえないこと。

附則

この審査基準は、昭和62年4月1日から実施する。