

申請手続き等の概要

(現行制度の有効期間ごとの提出書類等)

現行有効期間	提出書類 (みなし認定時期に必要な)	患者票・医療受給者証及び有効期間
①～平成 18 年 2 月 28 日	1 現申請書	・現制度の患者票 (～18.3.31) ・みなし受給者証 (18.4.1～現制度有効期間の 1 年前) ・本則受給者証 (上記以降 1 年間)
②～平成 18 年 3 月 31 日 までの新規申請	2 (注 1) 診断書 3 (注 2) <u>重度かつ継続意見書 (追加用)</u> ※主たる精神障害欄⑥に該当時のみ提出。 4 新申請書	
③平成 18 年 3 月 31 日 (更新申請)	1 新申請書	・本則受給者証 (18.4.1 以降 1 年間)
④平成 18 年 4 月 1 日～ (新規申請)	2 診断書 3 (注 2) <u>重度かつ継続意見書 (追加用)</u> ※主たる精神障害欄⑥に該当時のみ提出。	
⑤平成 18 年 4 月 30 日～ 平成 18 年 6 月 30 日 (更新申請)	1 新申請書 2 診断書 3 (注 2) <u>重度かつ継続意見書 (追加用)</u> ※主たる精神障害欄⑥に該当時のみ提出。	・みなし受給者証 (18.4.1～現制度有効期間) ・本則受給者証 (上記以降 1 年間)
⑥平成 18 年 7 月 31 日～ 平成 19 年 3 月 31 日	1 新申請書 2 (注 3) <u>重度かつ継続意見書 (みなし認定用)</u>	・みなし受給者証 (18.4.1～現制度有効期間)
⑦平成 19 年 4 月 30 日～	1 新申請書 2 (注 3) <u>重度かつ継続意見書 (みなし認定用)</u>	・みなし受給者証 (18.4.1～現制度有効期間の 1 年前) ・本則受給者証 (上記以降 1 年間)

注 1) ・診断書は、当分の間、現在の様式のものを使用する。(通院医療費公費負担用)

注 2) ・重度かつ継続意見書は、生活保護世帯、住民税非課税世帯については、必要ありません。

・平成 18 年 6 月 30 日までの更新申請時、今後の新規申請時に「診断書」とともに必要となります。ただし、主たる精神障害欄①～⑤に該当する精神障害については、「診断書」により重度かつ継続の確認できるため必要ありません。

注 3) ・重度かつ継続意見書は、生活保護世帯、住民税非課税世帯については、必要ありません。

・平成 18 年 7 月以降に有効期限の終期となる場合に必要となります。(診断書の提出が必要ではないため)

※ 18 年 4 月 1 日以降の新規申請、次回更新時の手続きについては、診断書が必要となります。

自立支援医療と精神保健福祉手帳の申請関係について

現制度においては、32条及び精神保健福祉手帳申請について同時申請（申請時の添付書類：障害年金証書及び手帳用診断書）や手帳の写しでの32条の申請について可能となっていますが、自立支援医療との関係においては、次のとおりとなります。

みなし認定手続きの際に次の取り扱いの対象となる者

- ・平成18年3月31日で現行制度の有効期間が切れる者
- ・現行制度の終期が18年4月30日～18年6月30日

※18年4月1日以降、新規申請の方も同様です。

1 同時申請の取り扱い

年金証書での申請	×	
手帳用診断書での申請	○	「重度かつ継続」に該当する場合は、「みなし認定用」意見書が必要。

2 単独（自立支援医療）申請の取り扱い

手帳の写しでの申請	×	この場合は、現診断書+「重度かつ継続」に該当する場合は、「追加用」意見書が必要。
-----------	---	--

○ 留意事項

平成18年3月31日までの申請については、現行制度の取り扱いとする。

例1) 平成18年3月31日までに申請を受理した新規32条の申請について

→現制度中なので、手帳の写しでの申請可（但し、有効期間は、手帳の有効期間まで）

例2) 平成18年3月31日までに申請を受理した手帳との新規同時申請について

→現行制度中であるので、障害年金証書の写しでの申請可

例3) 有効期間が平成18年2月28日まででみなし手続きをする場合

→手帳との同時申請・・・手帳用診断書、障害年金証書の写し可

→新規32条の申請・・・手帳の写し可（但し、有効期間は手帳の有効期間まで）

※ 決定を受けたものは、現行制度18年4月30日以降の有効期間終期をもつため、みなし認定の手続きを必要とする。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用

患者氏名		性別	男	女			
住所		生年月日	年	月	日	年齢	歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F 0)

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F 1)

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F 2)

④気分障害（病名： F 3)

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

*上記主病名が⑥の場合のみ次の欄に記載すること。ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

従たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

- 薬物療法（薬名および用法用量等：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること）
- 精神療法等（該当項目に○をつけ、必要事項を記載すること。）
- 1 通院精神療法（月に 回程度 内容： _____）
- 2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法
- 5 精神科訪問看護・指導
- 6 その他（ _____ ）

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 年 月 日

医療機関名： _____ 病院 _____ 科 _____

電話番号： _____

医師氏名（自署又は記名押印）： _____

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査認定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（追加）認定用

患者氏名		性別	男	女			
住所		生年月日	年	月	日	年齢	歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する口をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F 0)

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F 1)

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F 2)

④気分障害（病名： F 3)

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 年 月 日

医療機関名： 病院 科

電話番号：

医師氏名（自署又は記名押印）：

* 上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。口をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

受診者(障がい者)	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名								明治 昭和	大正 平成	年 月 日	
	受診者住所・電話番号	〒			電話番号			-				
既存の受給者番号(現在お持ちの証)				既存の受給者番号の有効期限(現在お持ちの証)			平成	年	月	日		
受診者が未成年の場合	フリガナ				受診者との関係							
	保護者氏名											
18	保護者住所・電話番号	〒			電話番号			-				
保険に関する事項	受診者の被保険者証の記号・番号				保険者名							
	種類				10 被用者保険(本人)・20 被用者保険(家族)・30 国保一般・40 国保退職(本人)・50 国保退職(家族) 60 老人保険・70 生活保護(区保健福祉部)・90 その他()							
	受診者と同一保険の加入者(受診者からみた続柄)	()			()			()				
世帯特別	下記のいずれにもあてはまるため、健康保険上の世帯ではなく、申請者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請します。(○をつけてください)											
	<ul style="list-style-type: none"> 受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない 受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者となっていない 											
月額負担上限額に関する事項	下記の1~5のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください。											
	1	受診者が生活保護受給世帯										
	2	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む)が80万円以下(受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下)										
	3	受診者が住民税非課税世帯に属し、2以外の者										
	4	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が2万円未満										
5	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が2万円以上20万円未満											
	上記4または5を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○をつけてください。											
世帯特別	同一世帯で、過去12か月以内に高額療養費の支給があった月が4か月以上ある											
	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)、その他、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した疾病に該当する者											
身体障害者手帳番号			精神障害者手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護・精神科デイケアを含む) ※現在、利用されている医療機関等	医療機関名		所在地・電話番号			医療機関コード<区記入欄>						
			(-)									
			(-)									
			(-)									
			(-)									
			(-)									
(複数の医療機関を申請する場合は、理由を詳しく記入してください)												
(あて先)札幌市長							<区記入欄>					
上記のとおり申請します。							整理番号					
申請者氏名							受理年月日		年号	年	月	日
平成 年 月 日							印 ※2					

※1 変更(自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定)の場合、受診者欄及び変更のある欄の全て記入。
 ※2 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。

(あて先)

札幌市長

同意書

下記の利用(予定)者にかかる自立支援医療の支給認定申請にあたって、月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療を利用する間、下記の事項について貴職が調査することに同意します。

同意事項

同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況

平成 年 月 日

利用(予定)者氏名 _____

同意者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者との関係 _____)

※ この同意書は、利用(予定)者本人又は利用(予定)者と同一世帯に属する家族が自筆又は記名押印して下さい。

自立支援医療（精神） 見なし認定意見書の書き方

1

自立支援医療（精神通院）における みなし認定とは

- ・従来の精神障害者通院医療費公費負担制度（精神保健福祉法第32条）の認定を既に受けている人について、制度の切り替えにあたって、自立支援医療制度（障害者自立支援法第54条）の認定を受けたと「みなす」ために必要な作業です
- ・2つの制度が異なる部分については、その制度の隙間をつなぐために、判断のための情報が必要 です → 医師意見書が必要となります
- ・具体的には、「重度かつ継続」であるか否かを判定し、対象者と負担区分を確定することになります

2

自立支援医療の対象者、自己負担の概要

第54条第1項、第56条第3項第1号第2号

- 1 対象者：従来の更生医療、再医療、精神通院医療の対象者であって一定所得未満の者（対象疾病は従来の対象疾病の範囲どおり）
- 2 自己負担：自己負担については1割負担（ 10% ）だが、所得水準に応じて負担の上限額を設定。また、入院時の食費（標準負担額）

については自己負担。

生活保護 負担0円	一定所得以下		中間所得層		一定所得以上
	所得が 0円～50万円	所得が 50万円～80万円	所得が 80万円～120万円	所得が 120万円～200万円	所得が 200万円以上
	1割負担 上限50万円	1割負担 上限60万円	1割負担 上限70万円	1割負担 上限80万円	1割負担 上限90万円
	1割負担 上限50万円	1割負担 上限60万円	1割負担 上限70万円	1割負担 上限80万円	1割負担 上限90万円
	1割負担 上限50万円	1割負担 上限60万円	1割負担 上限70万円	1割負担 上限80万円	1割負担 上限90万円

- 再認定申請（新しい世帯）における負担の認定開始の経過措置を実施する。
- 異認定を受ける場合や拒否する場合の費用については、今は、再認定の結果に基づき、認定開始後1年以内の経過にする。
- 重度かつ継続の認定については、次期資料を参照。
- 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、届付後3年を経た時点で逐次実施等を踏まえて見直す。

3

自立支援医療のキーワード 「所得」、「疾患圏」、「病状」 そして「重度かつ継続」

- ・一定所得以下の層：
 - 疾患圏、病状に関わらず対象となる
- ・中間所得層：
 - 疾患圏、病状によって自己負担の上限が異なる。再認定の有無が異なる（見込み）
- ・一定所得以上の層：
 - 原則対象外であるが、疾患圏、病状によって対象となる（経過措置）
- ・「重度かつ継続」とは、特別な「疾患圏」と「病状」のこと（後述）

4

「重度かつ継続」とは

- ・医療上の必要性から継続的に相当額の医療費負担が発生する者
 - これを、継続的な公費負担の対象とし、一定の負担能力がある場合も、月の負担額に上限を設けることにより、当該障害者の経済的負担を軽減します
- ・あくまで「医療上の必要性」と「医療費」に注目
 - ここでは、生活能力の障害等（生活のしづらさ）は、勘案しません
 - 継続的な医療の必要性のみでなく、医療費負担が多いことが要件です

5

精神通院医療の「重度かつ継続」の範囲

(平成17年11月9日「第3回自立支援医療制度運営調査検討会」)

- ①医療保険の多数該当の者
- ②ICD-10における次の分類の者
 - ・ 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
- ③3年以上の精神医療の継続を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）を継続的に要すると診断された者として、認定を受けた者
 - ・ 情動及び行動の障害
 - ・ 不安及び不穏状態

6

「重度かつ継続」 でなければならないのですか？

- ・必ずしも一律にそういうことではないのです
 - 「公費負担対象疾患」は、基本的にこれまでどおりです
 - 所得によって負担上限と再認定の有無などの取扱が異なる場合があるということです
- ・生活保護世帯や市民税非課税世帯は疾患圏や病状によらず対象となります
 - これまでどおりのクライテリアで対象となり、しかも再認定しつづけられます
 - 従って、この所得の層の人は「重度かつ継続」の判断を要しません
- ・札幌市の精神障害者通院医療費公費負担利用者30,000人のうち、
 - 生活保護：7,000人
 - 市民税非課税：8,000人



「重度かつ継続」
の判断不要

7

「重度かつ継続」のポイント①

- ・ICD-10における次の分類の者
 - 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
- ・注意①：F0カテゴリーでは、その状態像が「知能障害」（認知症）のみのものは従来より対象外ですので、新制度においても対象外です。
- ・注意②：ICDコードは3桁（英字1桁と数字2桁）によってください。
- ・注意③：疾患圏を特定する必要があることから、状態像診断は避けてください。
 - たとえば、「抑うつ状態」などは、複数の疾患圏にわたることから、病名としては不適切です

8

「重度かつ継続」のポイント②

- ・ F4～F99で、その状態像が以下のもの
 - ・ 情動及び行動の障害
 - ・ 不安及び不穏状態
- ・ かつ、継続的集中的な通院医療の必要性
 - ・ 手厚い医療が必要なことにより「相当額の医療費負担が発生する者」を救済する趣旨
 - ・ 頻繁な通院、デイケア等の医療を必要とする者を対象として想定
 - ・ 通院の頻度が特別に高くない者、薬物療法のみの方など、通常の程度の医療で足りる者は対象として想定しない
- ・ この判断は「3年以上の精神科医療の経験のある医師」によること
 - ・ 原案においては「指定医」
 - ・ 通院医療においては必ずしも「指定医」の資格は必要はないことから、条件を緩和
 - ・ 特別な判断のためには、一定の経験を必要とする趣旨

9

みなし認定用意見書の書式

- ・ この『意見書』は『診断書』扱いです
 - ・ 病名とICDコード（3桁：英字1桁＋数字2桁）は必須
 - ・ なぜ3桁か？ 病名がつけば、3桁が特定されるからです
 - ・ 2桁では病名と対応しません
 - ・ 医師以外の者の代筆は不可です（公文書偽造に当たる場合があります）
- ・ 必要項目に空欄があると審査判定に支障があります
 - ・ 必要があるときは医療機関にお問い合わせします

10

「みなし認定」にあっては「意見書」を必ず添付しなければならないのですか？

- ・ 「重度かつ継続」に該当しない疾患圏・病状、治療方針の場合は提出不要です
- ・ 医師が「3年以上の精神科医療の経験のある医師」でない場合は提出不可です
- ・ 低所得層であることにより「重度かつ継続」の判断が必要ない場合も、意見書は提出不要です
- ・ 本人が希望しない場合も、提出不要です

11

記入のポイント①

主たる精神障害 (ICD-10) ICD-10は必ず記入してください

① 症状性を含む器質性精神障害 (病名: F0_)

② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (病名: F1_)

③ 統合失調症、統合失調症型障害 (病名: F2_)

④ 気分障害 (病名: F3_)

⑤ てんかん (G40)

⑥ その他 (下の欄に詳細を記載)

- ・ チェックボックスのいずれかにチェックを入れてください
- ・ 必ず病名を特定してください (状態像診断は避けてください)
- ・ ICDコードの3桁目(数字2桁目)を記入してください
- ・ ⑥の場合は、下の欄に詳細を記載してください

12

記入のポイント②

・上記主病名が④の場合のみ次の欄に記入すること。
「ICDコードは3桁まで記載。」

主たる精神障害：病名 (ICD-10:)
 以下たる精神障害：病名 (ICD-10:)

現在の病状 (継続的な治療の必要性がわかるように記載すること。)

治療方針 (自由項目をチェックし、治療方針の特色を裏付けて行う必要があるように記載すること。)

患者本人 (病名および用途別番号：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること)

精神障害等 (自由項目に○をつけ、必要事項を記載すること。)

1 通院回数(月に)	回/週
2 医師ドクター	
3 薬剤処方回数	
4 治療方針	
5 医師の診断・検査	
6 その他	

- ・主病名がF4～F99の場合
- ・「重度かつ継続」となる病状は「不安・不穏」が「情動・行動の障害」のいずれかを必ず含む必要があります
 - ・軽度の病状は、創匠の趣旨から「重度かつ継続」とはいえないこととなります
- ・「重度かつ継続」となる治療方針は「複数の治療モダリティ」を含む「インテンシブな通院治療」であることを原則とします

13

記入のポイント③

・上記主病名が④の場合、診断医の略歴を記載すること。(口もチェックし、精神科医である等3年以上の精神科医専攻の従事歴が分かるよう記載すること。)

医師区分

精神科指定医
 精神科医
 その他の医師

・精神科医専攻に従事した期間・主な所属

・主に診察した疾患名

- 医師区分について
- ・指定医であるか否かについては、明確に示す必要があります
 - ・精神科医であるか否かについては、精神科医の登録3年以上の経歴は明確に示さなければなりません
 - ・レジデント(精神科ローテーション)で精神科医の研修及び指導を受けた経験は含まれません
 - ・その他に適切な指導を受けた経験は患者の同意及び指導を受けた期間(実働期間)は含まれます
 - ・精神科医専攻の自費診療のみなどの場合は含まれません
- 診察した疾患名について
- ・これによって必ずしも限定しないものの、「重度かつ継続」の判断が適切なるものであるかにつき判断する参考とする場合があります
- 医師の略歴については、現在のところ、他の資料で確認する取扱いを予定していません。あくまでも「精神科医専攻の従事経験」として示すかどうかにつき、プロとして当該と認識したかどうかが記載したくはならないと考えられます

14

審査判定と 意見書の取り扱いについて

- ①主たる精神障害の種 選択肢①～⑤の場合で、適切に病名とICDコードが記載されている場合は、「重度かつ継続」とであると認定します
- ②主たる精神障害の種 選択肢⑥の場合は、以下の場合に限り「重度かつ継続」とであると認定します
 - ・ F4～F99で、その状態が以下に該当するもの
 - ・ 情動及び行動の障害
 - ・ 不安及び不穏状態
 - ・ かつ、これにより、継続的集中的な通院治療の必要性があるもの
 - ・ かつ、この有病は「3年以上の精神科医専攻の経験のある医師」によるものであること
- ③上記①②いずれでもない場合は「重度かつ継続」とであると認定しません
- ④記載内容が不適切である場合や、疑義がある場合は、「重度かつ継続」とであると認定しないが、医療機関に疑義照会をするかのいずれかとなります
- ⑤医療機関に疑義照会をしても、なお、記載内容の不適切さや疑義が解消しない場合は、「重度かつ継続」とであると認定しません
- ⑥疑義照会に協力が得られない場合も⑤と同様の取り扱いとします
- ⑦審査判定は精神保健福祉センターで行います

15

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用

患者氏名	札幌 A男	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	札幌市北区〇〇町××丁目	生年月日	1980年12月1日 年齢25歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する口をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0□□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1□□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F2□□）

④気分障害（病名： 反復性うつ病 F3□3）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

* 上記主病名が⑥の場合のみ次の欄に記載すること。ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

従たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

- 薬物療法（薬名および用法用量等：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること）
- 精神療法等（該当項目に○をつけ、必要事項を記載すること。）
- 1 通院精神療法（月に 回程度 内容： _____）
- 2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法
- 5 精神科訪問看護・指導
- 6 その他（ _____）

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成18年 3月 10日

医療機関名： ××クリニック 神経科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 北海 雪子

* 上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。口をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分かるよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用

患者氏名	札幌 B男	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	札幌市中央区〇〇町××丁目	生年月日	1970年 11月 1日 年齢35歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する口をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0□□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1□□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F2□□）

④気分障害（病名： F3□□）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

*上記主病名が⑥の場合のみ次の欄に記載すること。ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名	強迫性障害	(ICD-10: F42)
従たる精神障害：病名		(ICD-10:)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

強い不潔恐怖と洗浄強迫があり、行動の円滑さが失われている。母を確認の代行として巻き込む重症強迫

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬名および用法用量等：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること）

パロキセチン 80mg/分2

精神療法等（該当項目に口をつけ、必要事項を記載すること。）

① 通院精神療法（月に 4 回程度 内容：森田療法の日記指導。デイケアはSST併用）

② 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他（)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 18年 1月 16日

医療機関名： 北海メンタルクリニック 精神科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 北海 花子

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。口をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input checked="" type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用

患者氏名	札幌 C子	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
住所	札幌市東区〇〇町××丁目	生年月日	1975年10月1日 年齢30歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する口をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0 ）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1 ）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F2 ）

④気分障害（病名： F3 ）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

*上記主病名が⑥の場合のみ次の欄に記載すること。ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 境界性人格障害 (ICD-10: F60)

従たる精神障害：病名 (ICD-10:)

現在の病状（継続的な医療の必要性が分かるように記載すること。）

自己同一性が不確かで、常に空虚感を持つ。些細な情動的刺激に過剰に反応し、激しい怒りを示し、衝動的な自傷行為をくり返す。

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること。）

薬物療法（薬名および用法用量等：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること）

リスベリドン4mg/分2

精神療法等（該当項目に○をつけ、必要事項を記載すること。）

① 通院精神療法（月に4回程度 内容：認知行動療法のノート指導を行っている）

② 精神科デイ・ケア ③ 通院集団精神療法 ④ 精神科作業療法

⑤ 精神科訪問看護・指導

⑥ その他（)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成18年 1月 11日

医療機関名： 北都メンタルホスピタル 精神科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 北海 三郎

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。口をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分かるよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input checked="" type="checkbox"/> 精神科医	H14.4～現在、北都メンタルホスピタル	
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用

患者氏名	札幌 D男	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	札幌市豊平区〇〇町××丁目	生年月日	1987年12月1日 年齢18歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0□□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1□□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F2□□）

④気分障害（病名： F3□□）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

* 上記主病名が⑥の場合のみ次の欄に記載すること。ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名	自閉症	(ICD-10: F84)
従たる精神障害：病名	強迫性障害	(ICD-10: F42)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

不自然なこだわりが強く、些細な変化で容易にパニックを起こす。突発的な暴力行為がある。確認強迫が著しい。

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬名および用法用量等：公費負担の対象となる薬剤に限り記載すること）
リスペリドン 2mg/分2、フルボキサミン150mg/分2

精神療法等（該当項目に○をつけ、必要事項を記載すること。）

1 通院精神療法（月に 4 回程度 内容：行動療法と支持的精神療法）

2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他（)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 18年 2月 22日

医療機関名： △クリニック 小児科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 北海 道夫

* 上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分かるよう記載すること。）

医師区分	精神科医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input checked="" type="checkbox"/> その他の医師	H14～H6.9、△大学精神科（レジデント）	気分障害、広汎性発達障害

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

精神通院医療費公費負担制度を利用されている方へ

平成18年4月より精神障害者通院医療費公費負担制度（以下「公費負担制度」という）が改正となります。

これは、必要な医療の確保と障害制度全体の維持を目指して、公費負担制度をはじめとする3つの医療制度を統合し、あらたに「自立支援医療制度」としてスタートするものです。

この改正により、自己負担については原則1割負担となりますが、裏面記載のとおり、所得の少ない方や継続的に相当額の医療費が発生（「重度かつ継続」という）する方には自己負担額の上限を設定しています。詳しくは裏面でご確認ください。なお所得の高い一部の方は自立支援医療の対象外となり、医療保険等適用後の自己負担分をお支払いいただくこととなりますのでご理解をお願いいたします。

また、この改正に伴い、現在ご利用いただいております公費負担制度の有効期限については、現在の期限にかかわらず18年3月31日で切れることとなります。18年4月以降も引き続き利用を希望される方は必ず下記の手続きをしてください。

申請手続について

お住まいの区保健センターに次の申請書類を提出してください

1 同封の申請書

2 健康保険証の写し

- 保険証の表と世帯員が掲載されている部分（生活保護世帯は不要）
※ カード式保険証は保険世帯全員分の写しが必要です。

3 市民税課税証明書等

- ①生活保護世帯の場合は、直近の扶助費決定通知書または生活保護受給証明書。
- ②国民健康保険加入者の場合は、世帯全員の市民税課税証明書。
- ③その他の健康保険の場合は、本人と被保険者の市民税課税証明書。

※市民税課税証明書の提出に替えて、同封した申請書裏面の同意書に記載していただきますと、こちらで確認することもできます。しかし、未申告や引越などで税情報がない場合は確認することができません。その場合は改めて窓口までお越しいただくこととなりますのでご了承ください。

【上記3の②または③で全員の市民税課税証明書が非課税の場合】 4 本人の16年中の次の収入が分かる資料

- 年金収入（高齢・障害・遺族）：振込み通知書の写しなど
- 特別障害者手当・障害児福祉手当・特別児童扶養手当・経過的福祉手当：振込み通知書の写しなど

【更新のための診断書及び市民税課税世帯で「重度かつ継続」に該当する場合】 5 医療機関等からの必要書類

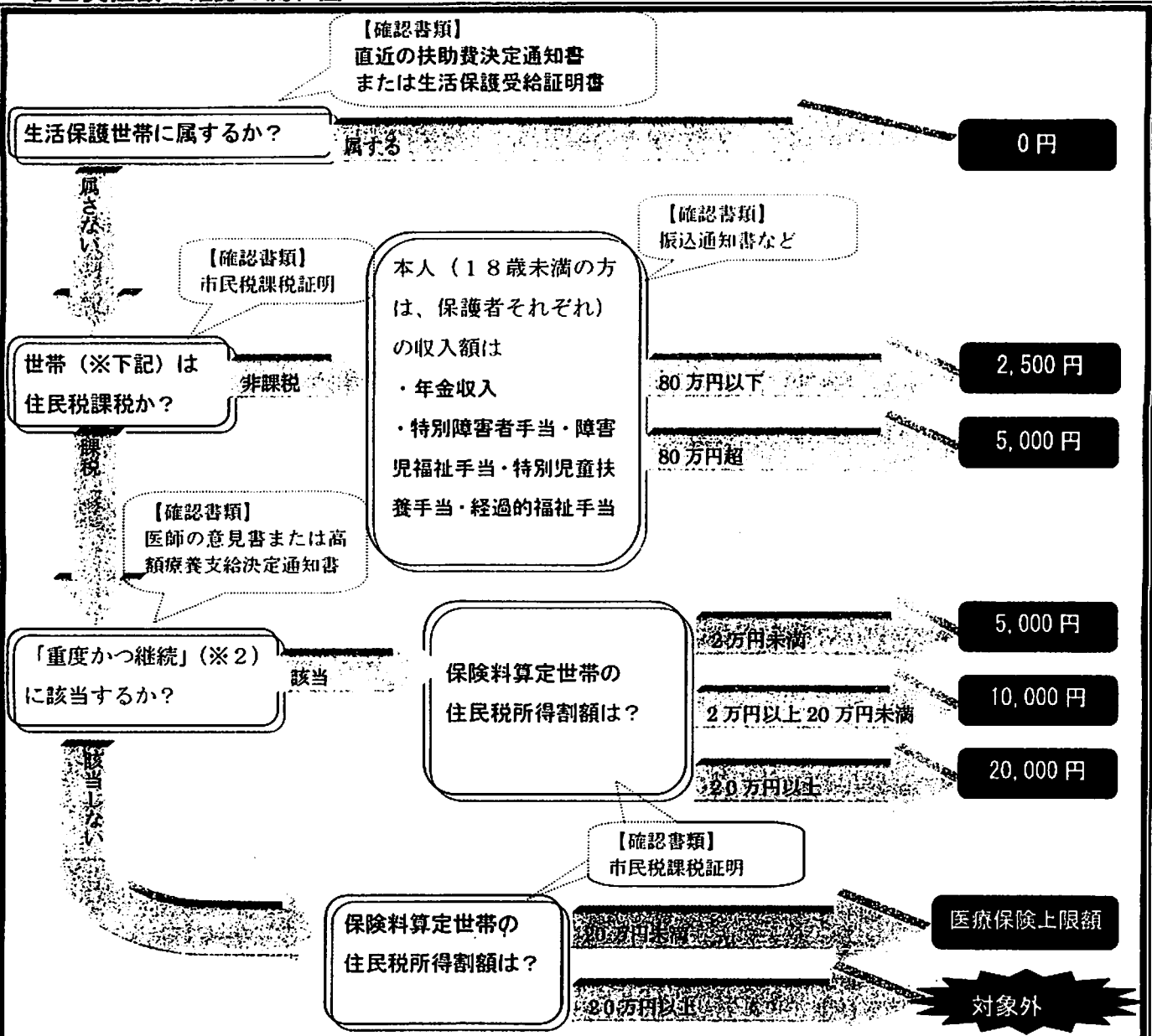
- 医療機関に用紙があります。通院中の医療機関の医師にご相談のうえ記載してもらってください。
 - ①平成18年6月末までに現通院公費負担の有効期限が切れる方は、診断書と「重度かつ継続」の意見書が必要です。（生活保護世帯の方、市民税非課税世帯の方は、診断書のみ必要）
 - ②平成18年7月以降に有効期限が切れる方は、「重度かつ継続」の意見書のみ必要です。（生活保護世帯の方、市民税非課税世帯の方は提出不要）※現在の有効期限は封筒住所欄に記載されております。
- 過去1年以内に高額療養費制度を4回受けた場合は全部の決定通知書

* * * * *

【申請期日】今回の通知は、窓口の混雑をできるだけ避けるために発送を数回に分けてお送りしています。
この通知を受け取ってから3週間以内に手続きされますようお願いいたします。

<お願い> すでに転出されている方やお亡くなりなられた方に、行き違い等で案内文が届いた際は、大変申しわけございませんが、お住まいの区保健センターまでご連絡ください。

自己負担額 確認の流れ図



※1 「世帯」とは ■国民健康保険加入者～保険証記載の者すべて ■その他の保険～本人と被保険者

※2 「重度かつ継続」とは次の①または②のいずれかの場合です。

- 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若しくは薬物関連障害（依存症等）などの場合、その他、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した者で、審査の結果該当すると判断された場合。
- ②自己負担額が一定の上限額を超えたときに医療保険者から一部償還される高額療養費制度を過去12ヶ月以内に4回以上の決定を受けた方。

お問い合わせ・ご相談はお住まいの区保健センター（地域保健課）へ

中央区	保健センター（地域保健課）TEL 511-7221	豊平区	保健センター（地域保健課）TEL 822-2400
北区	保健センター（地域保健課）TEL 757-1181	清田区	保健センター（地域保健課）TEL 889-2400
東区	保健センター（地域保健課）TEL 711-3211	南区	保健センター（地域保健課）TEL 581-5211
白石区	保健センター（地域保健課）TEL 862-1881	西区	保健センター（地域保健課）TEL 621-4241
厚別区	保健センター（地域保健課）TEL 895-1881	手稲区	保健センター（地域保健課）TEL 681-1211

○札幌市保健福祉局保健福祉部障がい福祉課 TEL 211-2936

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規)・再認定・変更※1

受診者欄が いる者	フリガナ	サッポロ タロウ		性別	男・女	年齢	30歳	生年月日			
	受診者氏名	札幌 太郎						明治 昭和	大正 平成	50年 5月 31日	
	受診者住所・電話番号	医療を受ける方の名前を記入。 〒西2丁目1-1 サッポロマンション		申請内容に○をつける。			電話番号 011-111-1111				
既存の受給者番号(現在お持ちの証)	7	6	5	4	3	2	1	既存の受給者番号の有効期限(現在お持ちの証)			平成 1 9 0 5 3 1

歳未 満者 の場 合	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名	受診者が18歳未満の場合のみ記入。			
1 合 8	保護者住所・電話番号	医療を受ける方の被保険者の記号及び番号を記入。		医療を受ける方が加入している保険者名を記入。	

保 険 に 関 する 事 項	受診者の被保険者証の記号・番号	123456		保険者名	〇〇〇〇組合
	種類	1	医療を受けている方の同一保険に加入している方全ての氏名を記入。		
	受診者と同一保険の加入者(受診者からみた続柄)	花子(妻)		札幌 梅子(母)	
		札幌 太一(父)		札幌 次郎(弟)	

世帯特例

下記のいずれにもあてはまるため、健康保険上の世帯ではなく、申請者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請します。(○をつけてください)

- ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない
- ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者となっていない

月額負担上限に関する事項

下記の1~5のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください。

- 1 受診者が生活保護受給世帯
- 2 受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む)が80万円以下(受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下)
- 3 受診者が住民税非課税世帯に属し、2以外の者
- 4 受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が2万円未満
- 5 受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が2万円以上20万円未満

上記4または5を選ばない場合は、医療機関にお問い合わせください。(該当する場合は、医師の意見書が必要となります。)

続々調症、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)、その他、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した疾病に該当する者

身体障害者手帳番号		精神障害者手帳番号	9876543
-----------	--	-----------	---------

受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護・精神科デイケアを含む) ※現在、利用されている医療機関等	医療機関名	所在地・電話番号	医療機関コード<区記入欄>			
		札幌支援クリニック	札幌市北区新琴似1条1丁目(777-1111)			
	支援薬局	札幌市北区新琴似2条2丁目(777-2222)				
	自立支援デイケアセンター	札幌市北区新琴似3条3丁目(777-3333)				
		(-)				
		(-)				
		(-)				

(複数の医療機関を申請する場合は、理由を詳しく記入してください)

札幌支援クリニックには、精神科デイケアがないが利用を希望するため

(あて先)札幌市長	平成 18 年 2 月 22 日	<区記入欄>			
上記のとおり申請します。		整理番号			
申請者氏名 札幌 太郎 印 ※2		受理年月日	年号	年	月 日

※1 変更(自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定)の場合、受診者欄及び変更のある欄の全て記入。
 ※2 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。

「障害者自立支援法に係る自立支援医療費支給みなし認定手続き」

【みなし認定手続きの趣旨】

障害者自立支援法が平成17年11月7日に公布され、自立支援医療については、平成18年4月1日から施行される。現行制度である精神保健福祉法第32条通院医療費公費負担（以下「32条」という。）を利用している者等が施行後においても公費負担が受けられるよう手続きを行うものであること。

【自立支援医療の概要】

- ・医療費と所得の双方に着目した制度（現行制度の32条は、医療費のみに着目）
- ・受診者は、原則1割負担（所得等に応じて月額上限負担額の設定、公費負担の対象外有り）
- ・自立支援医療の有効期間は、1年以内（現行制度は、2年）
- ・指定自立支援医療機関の導入（医療機関・薬局・訪問看護事業所等）

【みなし認定手続きの対象者】

32条を利用されている者及び平成18年1月から3月の期間に32条の新規申請のあった者（以下「受診者」という。）

【みなし認定手続きに係る確認事項】

○「世帯」の確認

＜原則的な考え方＞

- ・自立支援医療における「世帯」については「医療保険の加入単位」すなわち「受診者と同じ医療保険に加入する者」をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱う。
- ・「世帯」の単位は、同じ医療保険に加入している者によってその範囲を設定する。
- ・医療保険の加入関係が異なる場合は、税制における取り扱いに関係なく別の「世帯」として取り扱う。
- ・「世帯」の考え方に特例有り。

○所得の確認

＜原則的な考え方＞

- ・申請者の申請に基づき所得区分を認定する。「世帯」認定した者の中で、医療保険の保険料の算定対象となっている者の所得（＝課税状況）を確認する。（課税状況は、市町村民税（所得割）を指標とする。）
- ・国民健康保険加入者は、同一の加入関係にある者全員の所得を確認。
- ・健康保険加入者は、被保険者本人の所得を確認。

○「重度かつ継続」（高額な費用負担が継続する者）の確認

＜当面の「重度かつ継続」の範囲＞

- ・疾病、症状等から対象となる者
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）、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
- ・疾病等にかかわらず対象となる者
医療保険の多数該当の者（過去12ヶ月以内に高額療養（医療）費の該当回数が4回以上の場合）

【みなし手続きに係る提出書類】

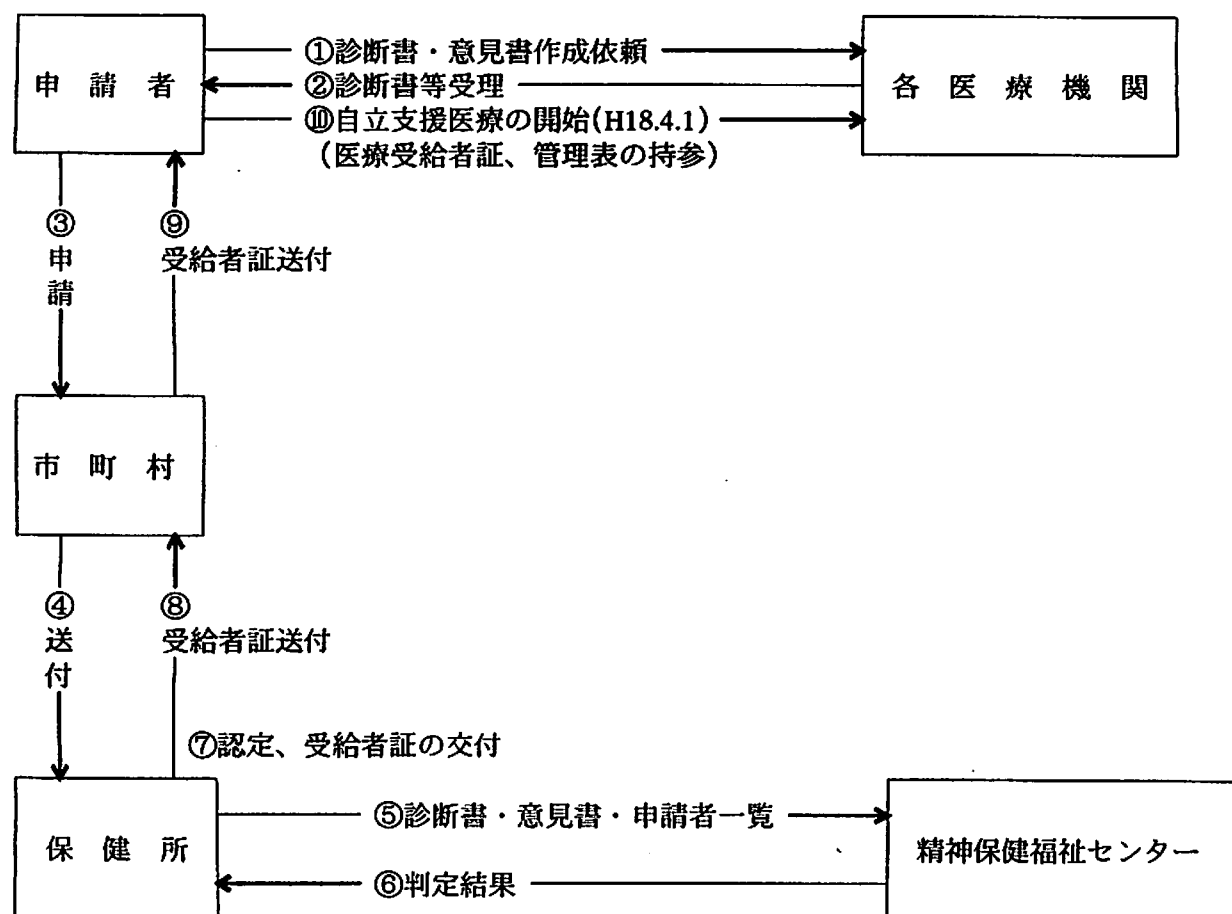
- ・旧申請書、みなし認定申告書（別記様式1号）、本則申請書（別記様式2号）～（現行制度の有効期間の終期により提出書類が異なる。「みなし手続き等の概要（別紙1）」参照。）
- ・診断書（現行通院医療費公費負担用を用いる）
※手帳交付と併せて同時申請する場合は、「手帳用診断書」も可とする。取り扱いについては、「自立支援医療と手帳申請等との関係（別紙2）」参照。）
- ・「重度かつ継続」に該当する場合は意見書等（受診者は主治医と相談）
- ・被保険者及び受診者の名前が記載されている被保険者証等の写し（「世帯」確認のため）
- ・市町村民税の証明書等（所得確認のため）
※市町村民税非課税世帯である場合は、本人の収入の確認（障害年金証書、直近の年金振込通知書等）
但し、受診者が18歳未満のときは、障害児の保護者の収入。
- ・生活保護受給者は、生活保護受給証明書又は直近の保護決定通知書の写し等

【みなし認定手続きの方法】

- (1) 受診者に対して個別通知を行う。(所管保健所→受診者)
通知の内容については、別紙「みなし手続き案内文」の雛形を参考に各保健所で適宜作成し、通知を行う。
- (2) 受診者は、必要書類を居住する市町村へ提出する。
手続きに関する提出書類等は、「みなし手続き等の概要(別紙1)」による。
- (3) 市町村は、提出書類を確認し、受理する。
なお、受診者等からの同意書(別記様式3号)等により、「世帯」状況、課税状況等を確認することは差し支えない。
- (4) 市町村は、確認書(別記様式4号)を作成の上、申請者からの提出書類と併せて所管保健所へ書類を送付する。
- (5) 所管保健所は、提出書類等について再確認を行う。
申請者一覧、診断書及び「重度かつ継続」意見書については精神保健福祉センターへ送付する。
手続きに関する情報をシステムに入力する。
- (6) 精神保健福祉センターは、判定会議において診断書及び意見書を判定する。判定後、答申結果を所管保健所あて通知する。
・判定会議の予定：平成18年1月下旬、2月2回、3月2回(計5回により判定を行う)
- (7) 所管保健所は、答申結果等に基づきみなし認定を行う。
認定後、医療受給者証等を交付する。(保健所→市町村へ送付)
- (8) 市町村は、受診者あて医療受給者証等を送付する。(市町村→受診者へ送付)

【事務の流れ】

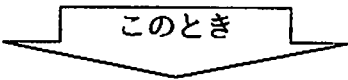
みなし認定事務の流れ



参 考 資 料

☆申請書を受理したら・・・

手 順
I 「世帯」の範囲を確認する
II 「世帯」の所得を確認する
III 「重度かつ継続」に関する意見書の添付の有無を確認する



自立支援医療については、

- I 「世帯」の範囲は同一医療保険単位とする（特例有）
- II 「世帯」の所得は、医療保険の保険料の算定対象となっている者の所得を確認する

I 「世帯」の考え方

精神通院医療における「世帯」の考え方及び所得勘案の具体例（親A・B及びその子C）

パターン1

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・B・Cは同一世帯	受診者 所得勘案
B 健康保険においてAの被扶養者		Aなら A
C 健康保険においてAの被扶養者		Bなら A
		Cなら A

※ここにいる健康保険とは、国民健康保険以外の全ての医療保険を指すものとする。

パターン2-1-1

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・Cは同一世帯 Bは単独世帯	受診者 所得勘案
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		Aなら A
C 健康保険においてAの被扶養者		Bなら B
		Cなら A

パターン2-1-2

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・Bは同一世帯 Cは単独世帯	受診者 所得勘案
B 健康保険においてAの被扶養者		Aなら A
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		Bなら A
		Cなら C

パターン2-2-1

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 B・Cは同一世帯	受診者 所得勘案
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		Aなら A
C 健康保険においてBの被扶養者		Bなら B
		Cなら B

パターン2-2-2

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 B・Cは同一世帯	受診者 所得勘案
B 健康保険においてCの被扶養者		Aなら A
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		Bなら C
		Cなら C

パターン3

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・B・Cはそれぞれ別世帯	受診者 所得勘案
B A・C・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		Aなら A
C A・B・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		Bなら B
		Cなら C

パターン 4

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・B・C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	

受診者	所得勘案
Aなら	A・B・C
Bなら	A・B・C
Cなら	A・B・C

パターン 5-1-1

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・Cは同一世帯 Bは単独世帯
B	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	

受診者	所得勘案
Aなら	A・C
Bなら	B
Cなら	A・C

パターン 5-1-2

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・Bは同一世帯 Cは単独世帯
B	国民健康保険の被保険者	
C	健康保険において被保険者本人	

受診者	所得勘案
Aなら	A・B
Bなら	A・B
Cなら	C

パターン 5-2-1

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 B・Cは同一世帯
B	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	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	B
Cなら	B

パターン 5-2-2

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 B・Cは同一世帯
B	健康保険においてCの被扶養者	
C	健康保険において被保険者本人	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	C
Cなら	C

パターン 6-1

医療保険の加入状況		「世帯」の考え方
A	健康保険において被保険者本人かつ世帯主	Aは単独世帯 B・C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	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	B・C
Cなら	B・C

※ここにいる「世帯主」は国保の擬制世帯主。以下同じ。

パターン 6-2-1

医療保険の加入状況		「世帯」の考え方
A	健康保険において被保険者本人かつ世帯主	A・B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	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	A
Cなら	C

パターン 6-2-2

医療保険の加入状況		「世帯」の考え方
A	健康保険において被保険者本人かつ世帯主	A・C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	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	B
Cなら	A

パターン 6-3-1

医療保険の加入状況		「世帯」の考え方
A	健康保険において被保険者本人かつ世帯主	A・B・Cはそれぞれ別世帯
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	国民健康保険の被保険者	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	B
Cなら	C

パターン 6-3-2

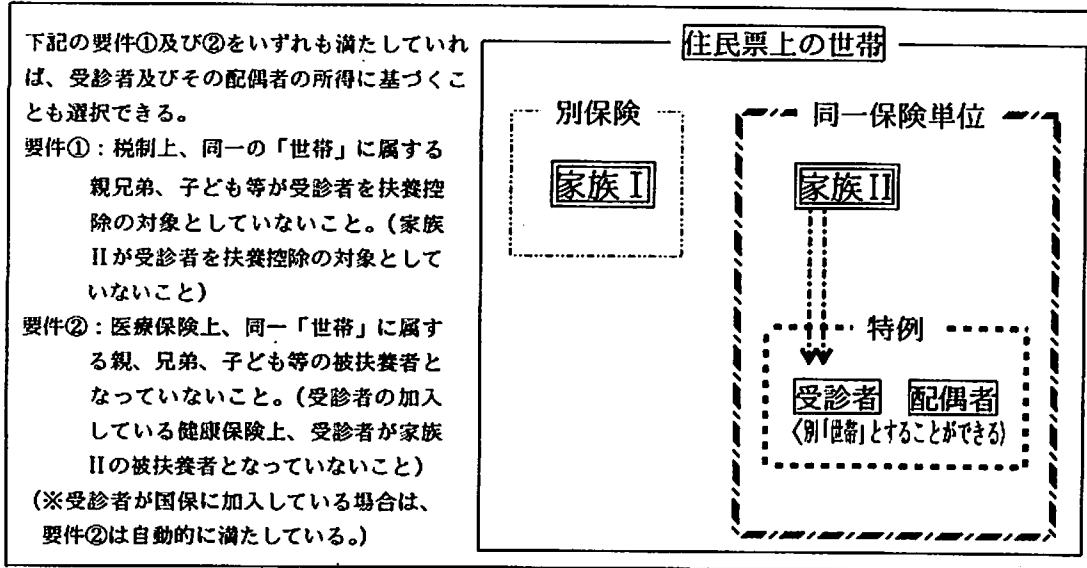
医療保険の加入状況		「世帯」の考え方
A	健康保険において被保険者本人かつ世帯主	A・B・Cはそれぞれ別世帯
B	国民健康保険の被保険者	
C	Aと同じ健康保険だが被保険者本人 Aとは別の健康保険において被保険者本人	

受診者	所得勘案
Aなら	A
Bなら	B
Cなら	C

○ 「世帯」の範囲の特例

受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子どもがいる場合であっても、その親、兄弟、子どもが税制と医療保険のいずれにおいても受診者を扶養しないこととしたときは、同一「世帯」であっても特例として受診者及びその配偶者を別の「世帯」に属するものとみなす取扱いができる。(受診者の申請に基づき選択できる)

但し、特例を認める対象は、①受診者及びその配偶者が市町村民税非課税である一方、②これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税であるときのみとする。



上記のとおり同一「世帯」に属する他の者が受診者及びその配偶者を市町村民税上、扶養関係に基づく各種控除の対象としていないこと、かつ、受診者及びその配偶者が同一「世帯」に属する他の者の医療保険の被扶養者となっていない場合に認めるものである。

・確認方法等

申請書の他に次に掲げる事項について確認する。

①同一「世帯」に属する者の市町村民税の税情報

(受診者及びその配偶者が扶養関係に基づく各種控除(以下「扶養控除」という。)の対象となっていないか確認)

②医療保険関係の証明

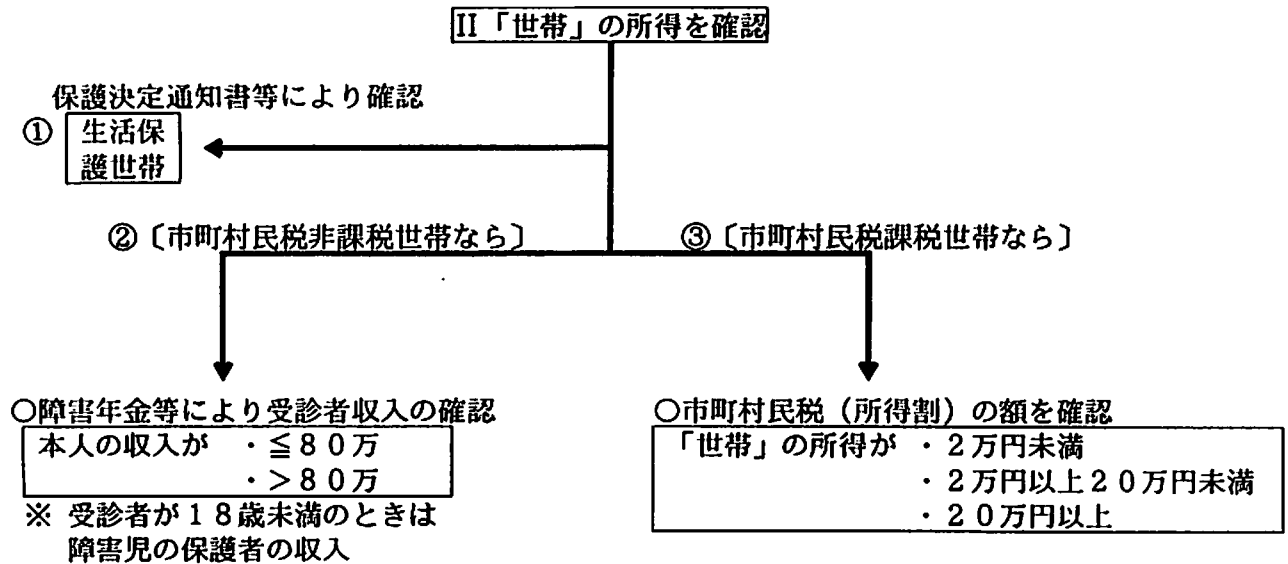
(被保険者証等の写し等により、受診者及びその配偶者が国民健康保険に加入していること、受診者が健康保険の被保険者であること、受診者は健康保険の被扶養者であるが、当該健康保険の被保険者がその配偶者であることを確認)

○ 「世帯」に関する添付書類

- ・ 「世帯」の被保険者証・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写し(※カード型の被保険者証等については、その券面の写し)
- ・ 同意書により確認した場合は、「世帯」のわかる書面等を添付するか若しくは確認書に「世帯」の氏名及び保険者名を記載

II 所得の確認

「世帯」の所得の確認については、医療保険の保険料の算定対象となっている者の所得（＝課税状況）を確認する。（前記I「世帯」の考え方のパターン表右欄にある所得勘案を参照）



○所得に関する添付書類

- ①生活保護世帯・・・生活保護受給証明書又は直近の保護決定通知書の写し等
- ②市町村民税非課税世帯・・・非課税であることがわかる書類（市町村民税均等割・所得割非課税）
受診者の収入の確認できる書類（障害年金証書、直近の年金振込通知書等）
- ③市町村民税課税世帯・・・市町村民税（所得割）の証明書等

「重度かつ継続」意見書・・・③のうち該当疾病等から対象となる者のみ
診断書の提出を要さない方は「みなし認定用」
診断書の提出を要する方は「追加用」（但し、①～⑤に該当する場合は、省略できる。）

（医療保険の多数該当にあたる場合は、その証明となる書類等）

III みなし認定

原則、申請者の申請に基づき認定する。なお、申請書類等から判断できない場合は、適宜申請者等からの聞き取り等により認定する。

【所得区分の概要】

自立支援医療に係る自己負担の月額上限額については、受診者の属する「世帯」の収入に応じて、以下の5区分に設定する。(別紙3のとおり)

- ①生活保護・・・・・・・・・・・・・0円
- ②低所得1・・・・・・・・・・・・・2,500円
- ③低所得2・・・・・・・・・・・・・5,000円
- ④中間所得層・・・・・・・・・・・・・医療保険の自己負担限度額(公費負担あり)
- ⑤一定所得以上・・・・・・・・・・・・・医療保険の自己負担限度額(公費負担なし)

なお、所得区分④又は⑤に該当する場合であって、受診者が「重度かつ継続」に該当するときにおける負担上限額については、受診者の属する「世帯」の収入に応じて、以下の区分とする。

- ④-a 中間所得層1・・・・・・・・・・・・・5,000円
- ④-b 中間所得層2・・・・・・・・・・・・・10,000円
- ⑤-a 一定所得以上(重継)・・・・・・・・・・・・・20,000円(※ 施行後3年間の経過措置)

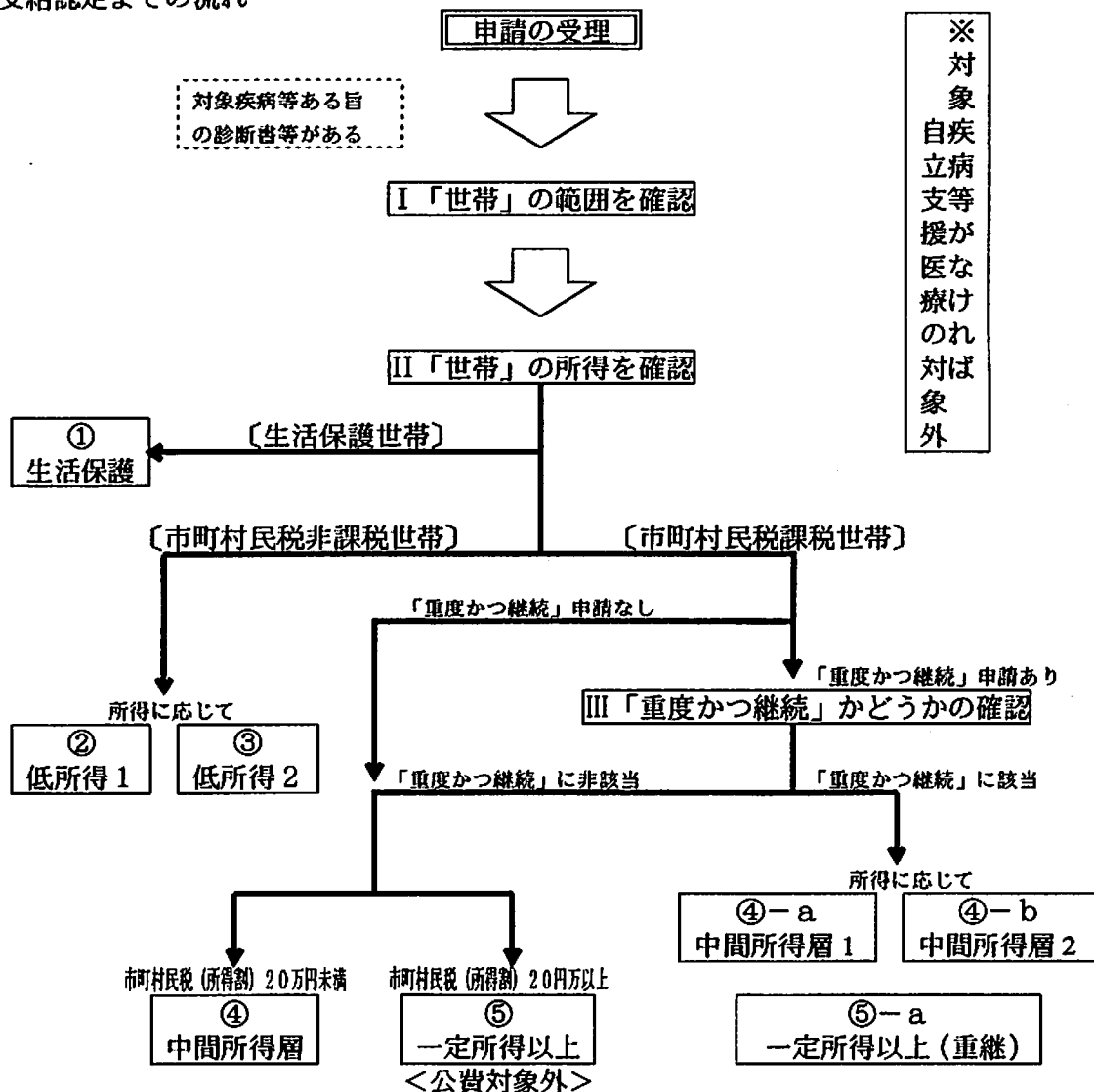
○各所得区分の定義等

所得区分①	受診者の属する世帯が生活保護世帯である場合
所得区分②	受診者の属する「世帯」が市町村民税非課税世帯(均等割・所得割ともに非課税)であって、受診者の収入(障害者に対する一般的な制度として給付される収入として考えられるもの。例えば障害年金等)が80万円以下である場合であって、かつ、所得区分①の対象ではない場合
所得区分③	受診者の属する「世帯」が市町村民税非課税世帯である場合であって、かつ所得区分①②の対象でない場合
所得区分④	受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税(所得割)額の合計20万円未満である場合であって、かつ、所得区分①②③の対象ではない場合
所得区分④-a	所得区分④の対象のうち「重度かつ継続」に該当し、かつ、「世帯」に属する者がいずれも市町村民税(所得割)額の合計2万円未満である場合
所得区分④-b	所得区分④の対象のうち「重度かつ継続」に該当し、かつ、「世帯」に属する者の市町村民税(所得割)額の合計2万円以上20万円未満の場合
所得区分⑤-a	所得区分⑤の対象のうち「重度かつ継続」に該当する場合

【所得区分の認定手順】

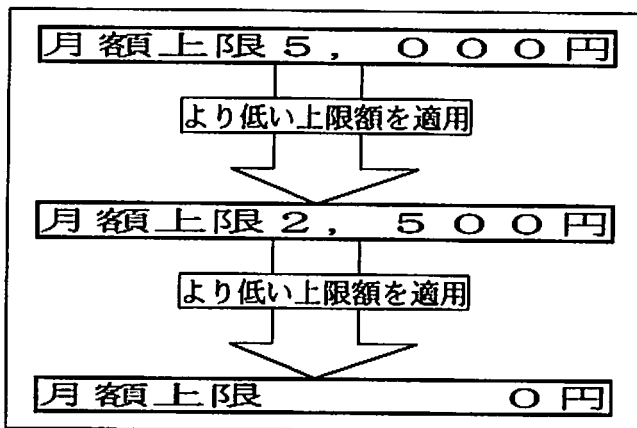
- (1) 受診者が生活保護世帯に属するかどうかを確認 → 属すれば所得区分①を決定する
 - (2) 生活保護世帯に属しないのであれば、受診者の属する「世帯」が市町村民税非課税かどうかを確認（市町村民税非課税なら※へ）
 - (3) 市町村民税非課税でないのであれば、「重度かつ継続」の適用を求めているかどうかを確認（求めているれば(4)へ）
求めていないのであれば、受診者の属する「世帯」について、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の所得を確認し、所得区分④又は⑤のいずれに属するかを決定する。
 - (4) 受診者が「重度かつ継続」に該当するかを確認
 - (5) 該当しないのであれば、所得区分を決定（(3)の後段と同様）
該当するのであれば、受診者の属する「世帯」について、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の所得を確認し、所得区分④-a、④-b 又は⑤-a のいずれに属するかを決定する。
<※市町村民税非課税であれば、受給者の収入を確認し、80万円を境に、所得区分②又は③のいずれに属するかを決定する。>
- 認定に関する提出書類は、市町村が確認の上、保健所に送付するが、保健所では、提出書類を再確認の上、認定する。
 （保健所は、提出された書類等を逐一確認するのではなく、市町村の確認結果をもって所得を確認したこととして認定する取り扱いとしても差し支えない。）
 ○一定所得以上であることから公費の対象外である者に対しては、却下通知書（別記様式5号）を交付する。

★支給認定までの流れ



【自立支援医療における生活保護への移行防止措置】

本来適用されるべき上限額を適用すれば生活保護を必要とするが、仮に、より低い上限額を適用すれば生活保護を必要としない状態になる者については、本来適用されるべき上限額より低い負担上限額を適用する。



○手続き方法

- 1 受診者は、福祉事務所に生活保護の申請を行う。
- 2 より低い上限負担額を適用すれば生活保護の対象とならない場合
福祉事務所は保護を却下し、却下通知書に「月額上限負担減額認定該当」であること、軽減すべき月額負担上限額を記載する。
- 3 受診者は、再認定等手続きを市町村で行う。
提出書類：申請書、却下通知書等

みなし支給認定手続き事務等の方法

現行の精神通院医療費公費負担（32条）制度の有効期間は2年間であるが、平成18年4月1日から施行される障害者自立支援法における自立支援医療の有効期間が1年以内となるため、毎年、3月頃に医療機関をはじめ市町村及び保健所の支給認定事務等が集中する。また、制度の移行に伴い、患者の申請等手続き負担が発生する。

このことから、事務の効率化及び患者負担の軽減を図るとともに、現行制度の有効期間を最大限に活かすよう、国が示している例外ルール（別紙）のうちB（一部例外ルールAを適用）を適用し、みなし認定手続きを行う。

現行制度終期	施行前現行制度有効期間	みなし支給認定期間	本則支給認定期間	
平成18年 1月31日 2月28日	18年2月1日～3月31日 18年3月1日～3月31日	18年4月1日～19年1月31日 18年4月1日～19年2月28日	19年2月1日～20年1月31日 19年3月1日～20年2月29日	
3月31日	(施行前) (施行後)	なし	18年4月1日～19年3月31日	
4月30日		18年4月1日～18年4月30日	18年5月1日～19年4月30日	
5月31日	(施行後1年未満) (施行後1年以上)	18年4月1日～18年5月31日	18年6月1日～19年5月31日	
6月30日		18年4月1日～18年6月30日	18年7月1日～19年6月30日	
7月31日		18年4月1日～18年7月31日	18年8月1日～19年7月31日	
8月31日		18年4月1日～18年8月31日	18年9月1日～19年8月31日	
9月30日		18年4月1日～18年9月30日	18年10月1日～19年9月30日	
10月31日		18年4月1日～18年10月31日	18年11月1日～19年10月31日	
11月30日		18年4月1日～18年11月30日	18年12月1日～19年11月30日	
12月31日		18年4月1日～18年12月31日	18年12月1日～19年12月31日	
平成19年 1月31日		(施行後1年未満) (施行後1年以上)	18年4月1日～19年1月31日	18年5月1日～19年4月30日
2月28日			18年4月1日～19年2月28日	18年6月1日～19年5月31日
3月31日			18年4月1日～19年3月31日	18年7月1日～19年6月30日
4月30日			18年4月1日～18年4月30日	18年8月1日～19年7月31日
5月31日	18年4月1日～18年5月31日		18年9月1日～19年8月31日	
6月30日	18年4月1日～18年6月30日		18年10月1日～19年9月30日	
7月31日	18年4月1日～18年7月31日		18年11月1日～19年10月31日	
8月31日	18年4月1日～18年8月31日		18年12月1日～19年11月30日	
9月30日	18年4月1日～18年9月30日		18年12月1日～19年12月31日	
10月31日	18年4月1日～18年10月31日		19年1月1日～19年12月31日	
11月30日	18年4月1日～18年11月30日			
12月31日	18年4月1日～18年12月31日			

随時新法による手続きを行う。

○新法施行日以前（平成18年3月31日まで）の新規申請者に対する取り扱いについて

- (1) 施行日以前に市町村が受理した新規申請については、例外ルールBを適用できるものとする。
- | | |
|--|---|
| (例えば、①平成18年2月10日に市町村が受理した新規申請について…)
患者票等の有効期間：現行制度の患者票 (18.2.10～18.3.31)
みなし医療受給者証 (18.4.1～19.2.28)
本則医療受給者証 (19.3.1～20.2.29) | ②平成18年3月30日に市町村が受理した新規申請について…)
患者票等の有効期間：現行制度の患者票 (18.3.30～18.3.31)
みなし医療受給者証 (18.4.1～19.3.31)
本則医療受給者証 (19.4.1～20.3.31) |
|--|---|

(2) 例外ルールBを適用する場合は、「世帯」確認・所得確認・「重度かつ継続」意見書（該当者のみ）の書類が必要となる。

みなし手続き等の概要

- 1 共通確認事項
 「世帯」確認
 ↓
 所得確認・・・「世帯」の所得を確認（7月以降再確認を要さない）
 （「重度かつ継続」確認・・・「世帯」の所得が市町村民税（所得割）課税の場合が対象）
- 2 現行制度の有効期間毎の提出書類等

現行制度の有効期間の終期	提出書類		有効期間	患者票及び医療受給者証交付	
	「世帯」の確認	所得確認			
①～平成18年2月28日までの場合 ②～平成18年3月31日までの市町村受理新規申請 【例外ルールB適用】	※現行受給者全ての方が対象 医療保険の保険料の算定対象となっている者の確認。 ・国民健康保険加入者は、受診者と同じの加入関係にある者全員の被保険者証の写し【特例有】 ・健康保険加入者については、受診者の被保険者証の写しと被保険者本人の被保険者証の写し	※現行受給者全ての方が対象 受診者の属する「世帯」のうち、保険料の算定対象となっている者の収入を確認。 市町村民税の課税状況等がわかる書類 ↓ ・市町村民税の証明書 ・福祉事務所の証明書や保護決定通知書など	①旧申請書 ②診断書 ③「重度かつ継続」の意見書「追加用」(該当者) ④みなし認定申告書	現行制度の有効期間まで	旧患者票 (～18.3.31まで) + みなし医療受給者証 (18.4.1～現行制度有効期間の1年前まで) + 本則医療受給者証 (上記以降1年間)
③平成18年3月31日の場合		↓ ・市町村民税の証明書 ・福祉事務所の証明書や保護決定通知書など	①新申請書 ②診断書 ③「重度かつ継続」の意見書「追加用」(該当者)	平成19年3月31日まで	本則医療受給者証 (18.4.1～19.3.31)
④平成18年4月30日～平成19年3月31日までの場合 【一部例外ルールA適用可】		○市町村民税非課税世帯である場合 ↓ ・受診者の障害年金証書や振込通知書の写しなど収入のわかる書類	①みなし認定申告書 ②「重度かつ継続」の意見書「みなし用」(該当者) 【例外A適用の場合】 ・新申請書 ・診断書:重「追用」	現行制度の有効期間まで + (現行制度で有効期間が平成18年6月30日までの方は例外ルールAを適用できる。)→本則1年間	みなし受給者証 (18.4.1～現行制度有効期間まで) + 本則医療受給者証(例外ルールA適用者のみ) (上記以降1年間)
⑤平成19年4月30日以降の場合 【例外ルールB適用】			①みなし認定申告書 ②「重度かつ継続」の意見書「みなし用」(該当者)	現行制度の有効期限まで	みなし受給者証 (18.4.1～現行制度有効期間の1年前まで) + 本則医療受給者証 (上記以降1年間)

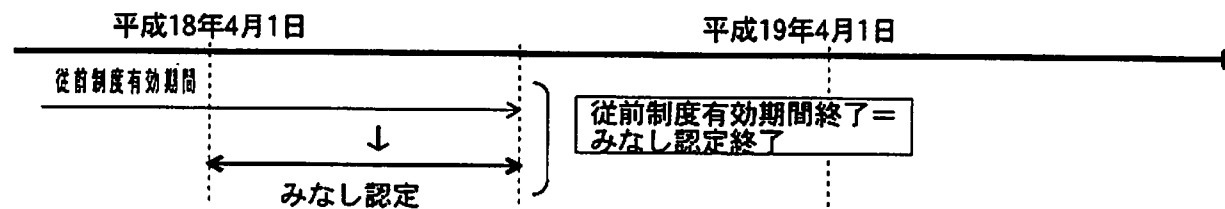
本則支給認定・みなし認定の有効期間について

自立支援医療の支給認定（本則支給認定）の有効期間（法第55条）は、1年以内、また、法附則第13条のみなし認定の有効期間は1年以内とする予定（省令で規定予定）であるが、平成19年3月頃に各自治体に本則支給認定事務が集中するおそれがあることから、各認定の有効期間等については本資料に基づき取り扱うことができるものとする。

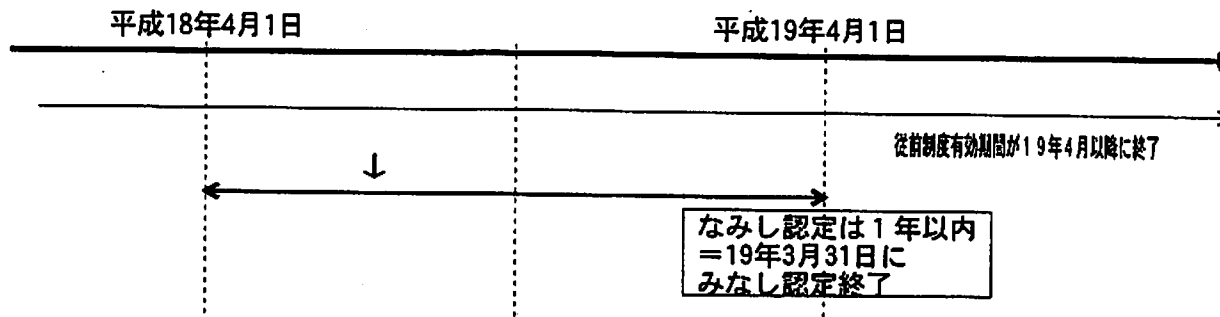
1 みなし認定に係る原則

みなし認定の有効期間は1年以内であることから・・・

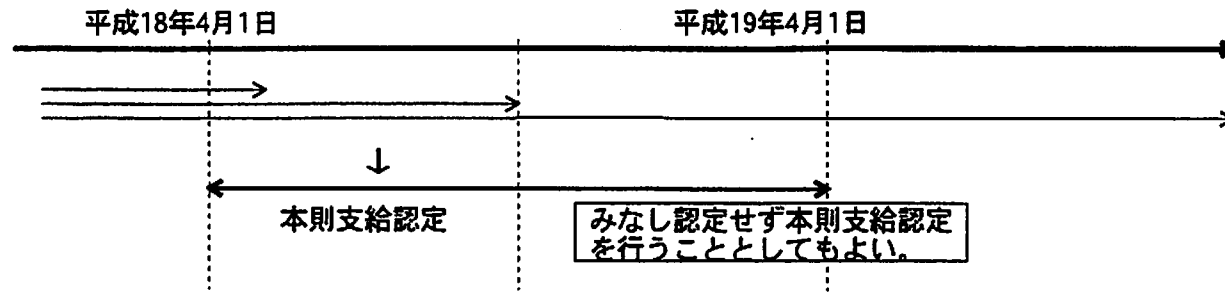
- ① みなし認定は、従前の育成医療・更生医療・精神通院医療についての給付等の有効期間（従前制度有効期間）が終了するまでの間、有効であるものとする。（みなし認定の有効期間は「1年以内」であって「1年間」ではない。）



- ② ただし、従前制度有効期間が平成19年4月1以降に終了する場合には、みなし認定は平成19年3月31日で終了するものとする。
 （※ ②の例は、有効期間が2年間である精神通院医療の場合のみ該当することとなる。）



③ 自立支援医療を受ける者の都合等に応じ、従前制度有効期間がある場合でも、みなし認定をせず、平成18年4月以降を始期とする新規の本則支給認定のみを行うこととしてもよい。



II 例外ルール A

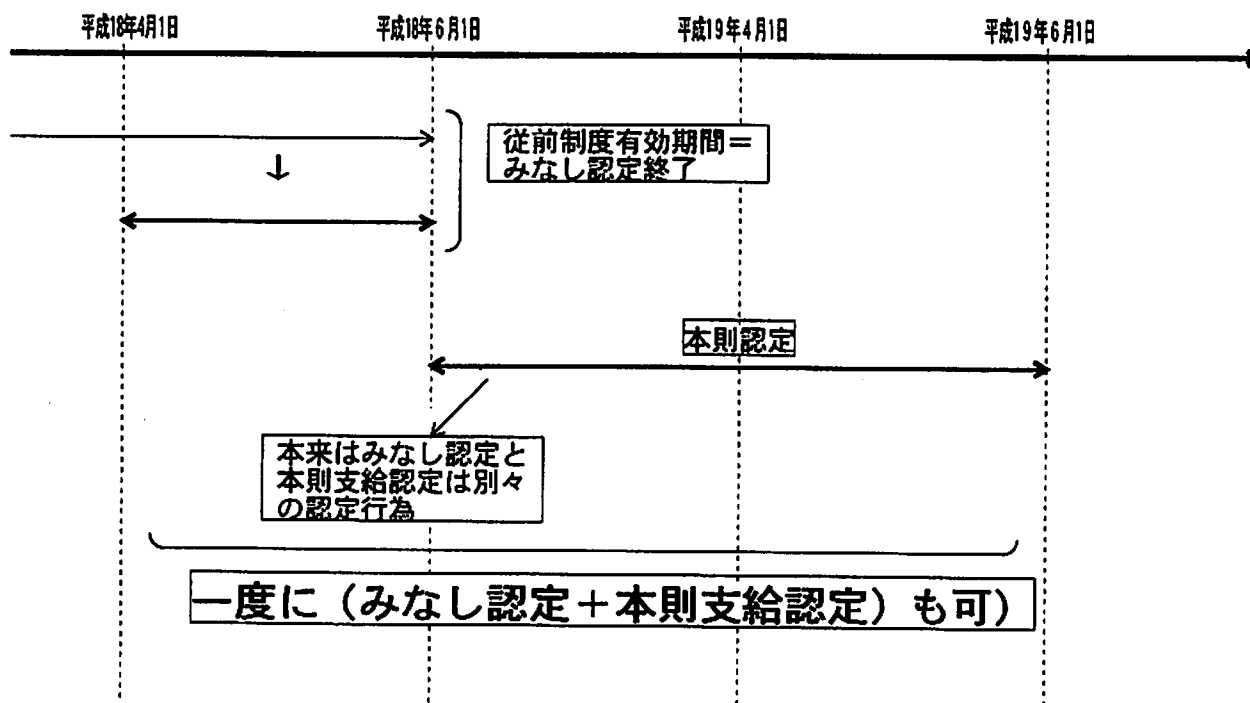
平成18年3月31日までは、みなし認定と同時に、みなし認定後（＝従前制度有効期間終了後）の本則支給認定も行うことができるものとする。

例：従前制度有効期間が平成18年5月31日までの場合 みなし認定と同時に、最長で平成18年6月1日から平成19年5月31日までの本則支給認定を行うことができる。



この場合、「みなし認定の受給者証」と「本則支給認定の受給者証」の2枚を発行することとする。

→ (ただし、各自治体の判断で、本則支給認定の受給者証は平成18年3月段階では交付せず、適宜の時期に郵送・窓口手渡し等の方法により交付することも差し支えない。)



III 例外ルール B

みなし認定に係る原則の②に該当する場合については・・・

- ① みなし認定の有効期間を平成18年の「従前制度有効期間の終期の「月」の末日まで」としつつ、(つまり、みなし認定の有効期間を従前制度有効期間の1年前としつつ)
- ② 当該みなし認定と同時に、みなし認定終了後(=従前制度有効期間終了後)の本則支給認定を同時に行うものとする。

例：従前制度有効期間が平成19年5月31日までの場合

みなし認定と同時に・・・

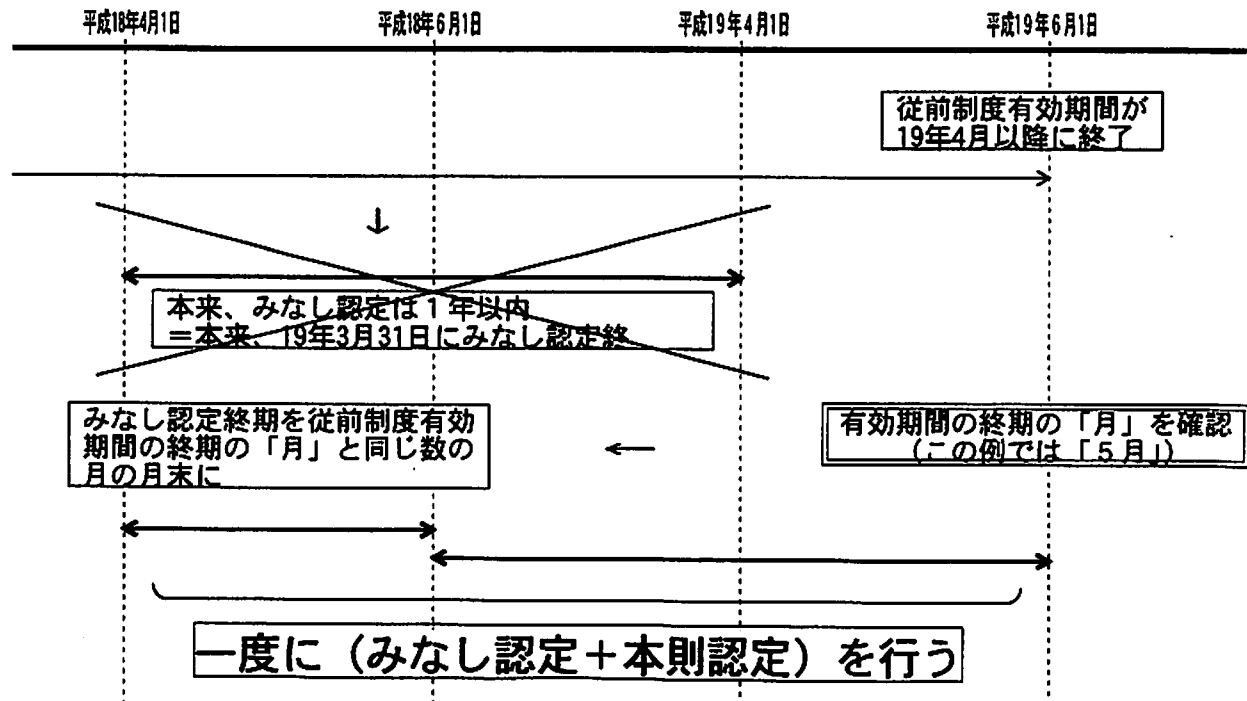
- ① みなし認定の有効期間を18年「5月31日」までとしつつ、
- ② 最長で平成18年6月1日から平成19年5月31日までの本則支給認定を行うことができる。(なお、このとき例外ルールCの適用はないことに留意)



この場合、「みなし認定の受給者証」と「本則支給認定の受給者証」の2枚を発行することとする。



ただし、各自治体の判断で、本則支給認定の受給者証は平成18年3月段階では交付せず、適宜の時期に郵送・窓口手渡し等の方法により交付することも差し支えない。
※ルールAと同様



IV 例外ルールC

平成18年4月1日から平成18年10月31日までの間を始期とする新たな本則支給認定（みなし認定と同時に行われる本則支給認定を除く）を行う場合に限り、各自治体における本則支給認定・みなし認定の事務の程度を勘案し、各自治体の判断によって、有効期間を最長で1年6ヶ月以内の間の適宜の期間とすることができる。

例：平成18年10月を始期とする本則支給認定

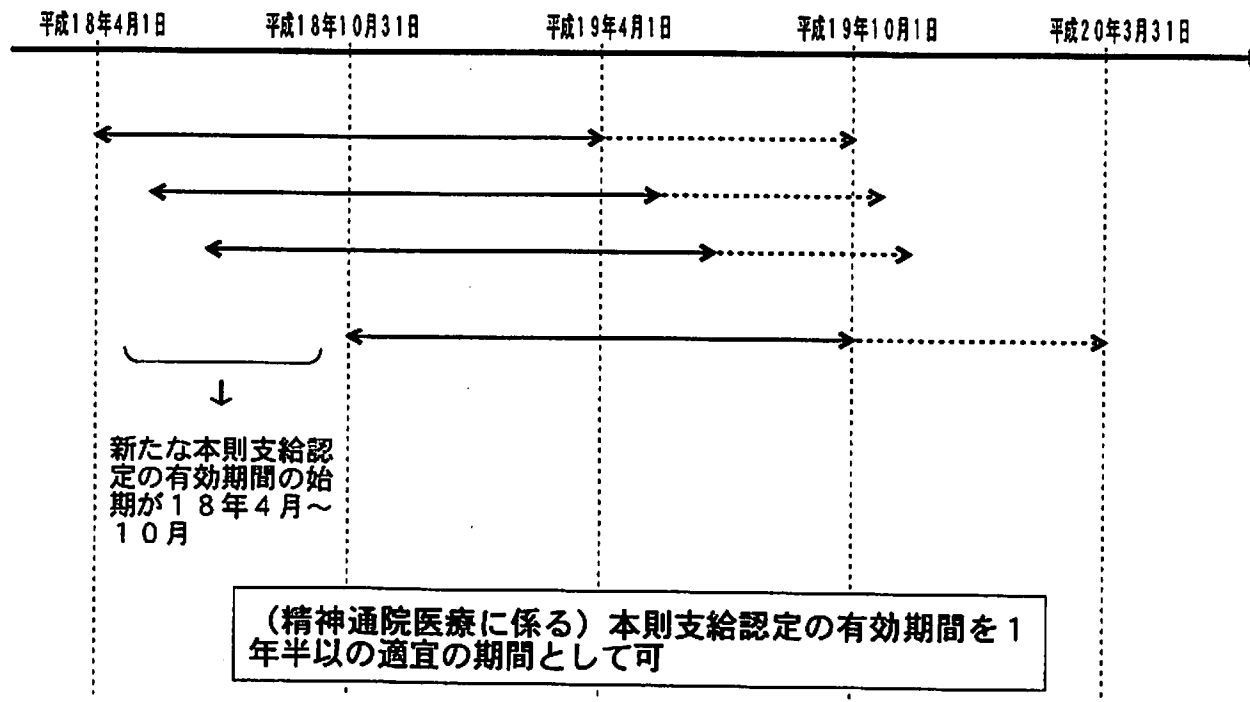
平成19年10月31日～平成20年3月31日の間の適宜の各月の末日の終期とする支給認定を行うことができる。



育成医療・更生医療については、それぞれの医療の特性から考えれば例外ルールCの対象とすべきではない。つまり精神通院医療のみルールCの対象になりうるものとする。

※ みなし認定に係る原則③を踏まえれば、みなし認定をせずに例外ルールCを適用することもあり得ることに留意。

※ 一旦みなし認定を受けた者については、例外ルールCは適用しない（みなし認定ではなく、新制度の認定のみを行う場合に適用）ことに留意。



自立支援医療と手帳申請等との関係 (今回のみなし認定手続きの場合)

現行制度では、32条及び精神障害者保健福祉手帳申請について同時申請（申請時の添付書類：障害年金証書又は手帳用診断書）が可能となっているが、新法（自立支援医療）との関係においては、次のとおりとする。

- みなし認定手続きの際に次の取り扱いの対象となる者
- ・平成18年3月31日で現行制度の有効期間が切れる者
 - ・例外ルールAを適用する者（現行制度の終期が4月30日～6月30日までの者）

1 同時申請の取り扱い

- (1) 年金証書での申請 ×
- (2) 手帳用診断書での申請 ○ → 「重度かつ継続」に該当する場合は、「みなし認定用」意見書が必要。

2 単独（自立支援医療）申請の取り扱い

- ・手帳の写しでの申請 × → この場合は、自立支援医療診断書＋「重度かつ継続」に該当する場合は、「追加用」意見書が必要。

※法施行（平成18年4月1日）後の取り扱いについては、別途示す。

○ 留意事項

平成18年3月31日までの申請等については、現行制度の取扱いとする。

※重度かつ継続に該当し、診断書を提出しない場合には「みなし用」の意見書が必要となる。

例えば、①平成18年3月31日までに市町村が受理した新規32条の申請について



- ・現行制度中であるので、手帳の写しでの申請可（但し、有効期間は手帳の有効期間まで）

②平成18年3月31日までに市町村が受理した手帳との新規同時申請について




- ・現行制度中であるので、障害年金証書の写しでの申請可

③有効期間が平成18年2月28日まででみなし手続きをする場合



- ・手帳との同時申請・・・手帳用診断書、障害年金証書の写し可
- ・単独申請・・・・・・・・手帳の写し可（但し、有効期間は手帳の有効期間

所得区分、自立支援医療の対象者、自己負担の概要

給付の水準：自己負担については、1割負担（の部分）。ただし、所得水準に応じて負担の月額上限額を設定。

一定所得以下		中間所得層		一定所得以上	
生活保護世帯	市町村民税非課税		市町村民税 (所得割) 2万未満	市町村民税 (所得割) 2万≦市町村民税<20万	市町村民税 (所得割) 20万≦市町村民税
	低所得1 本人収入≦80万 ※4	低所得2 本人収入>80万 ※4			
①	②	③	④	④	⑤
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	医療保険 (1割負担) ※1	の自己負担限度額 割負担) ※1	公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・自己 負担限度額)
			④-a	④-b	⑤-a (※3)
			重	度	統 (※2)
			かつ	か	
			負担上限額	負担上限額	負担上限額
			5,000円	10,000円	20,000円

※1 再認定を認める場合や拒否する場合の要件については、今後、実証的な研究結果に基づき、制度施行後概ね1年以内に明確にする。

※2 ①当面の重度かつ継続の範囲
 ・疾病、症状等から対象となる者
 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
 ・疾病に関わらず、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

※3 ②重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえ、順次見直し、対象の明確化を図る。
 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

※4 受診者が18歳未満のときは、障害児の保護者の収入。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし認定用）

患者氏名		性別	男	女
住所		生年月日	年	月
			日	年齢 歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名：_____ F 0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名：_____ F 1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名：_____ F 2□）

④気分障害（病名：_____ F 3□）

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。* ICDコードは3桁まで記載

主たる精神障害：病名 _____（ICD-10：_____）

従たる精神障害：病名 _____（ICD-10：_____）

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）

精神療法等（該当項目に○をつけること。）

1 通院精神療法（__週に__回程度・内容：_____）

2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導 6 その他（_____）

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 年 月 日

医療機関名： _____ 病院 _____ 科 _____

電話番号： _____

医師氏名：（自署又は記名押印） _____

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄がないように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

患者氏名		性 別	男	女
住 所		生年月日	年 月 日	年齢 歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名：_____ F 0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名：_____ F 1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名：_____ F 2□）

④気分障害（病名：_____ F 3□）

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（病名：_____ F _____）

「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 年 月 日

医療機関名： _____ 病院 _____ 科 _____

電話番号： _____

医師氏名：（自署又は記名押印） _____

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄がないように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用 事例1

患者氏名	北海 太郎	性別	男	女
住所	〇〇市〇〇町1-1	生年月日	1980年12月20日 年齢25歳	

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F 0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F 1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F 2□）

④気分障害（病名： F 3□）

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。*ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 恐怖症性不安障害 (ICD-10: F 4 0)

従たる精神障害：病名 (ICD-10:)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）
 自分の目、鼻の醜貌恐怖から高校中退し長期引きこもり傾向にある。外出時のパニック様症状が服薬で改善し、これにより通院が継続的になり、デイ・ケア参加を試行中。

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）
 （薬物商品名）600mg/3×（薬物商品名）1.2mg/3×

精神療法等（該当項目に○をつけること。）

① 通院精神療法（月に 2回程度 内容：支持的精神療法でデイケア継続をサポート）

② 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他 ()

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。
 平成 18年 2月 22日
 医療機関名： 安心会ゆとり病院 精神科
 電話番号： XXX-XXXX
 医師氏名（自署又は記名押印）： ゆるやか のどか 団

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input checked="" type="checkbox"/> 精神保健指定医	(左記チェックでは記載不要)	(左記チェックでは記載不要)
<input type="checkbox"/> 精神科医		(左記チェックでは記載不要)
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関ご照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用 事例2

患者氏名	北海 次郎	性別	男
住所	〇〇郡〇〇町1丁目-1	生年月日	1985年12月20日 年齢20歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

① 症状性を含む器質性精神障害（病名： F 0 □）

② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F 1 □）

③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F 2 □）

④ 気分障害（病名： F 3 □）

⑤ てんかん（G 4 0）

⑥ その他（下の欄に詳細を記載）

上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。* ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 強迫性障害 (ICD-10: F42)

従たる精神障害：病名 アスペルガー症候群 (ICD-10: F84)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

高校でのいじめられ体験後、その想起で容易にパニックを反復するため薬物療法を継続中。本来の自閉傾向に加え、確認癖が著しくなり、友人づきあいが全くできないのでデイ・ケアの少人数グループに参加している。

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）
 （薬剤商品名〇〇）150mg （薬剤商品名□□）400mg

精神療法等（該当項目に○をつけること）

① 通院精神療法（月に 2 回程度 内容：支持的、障害の自己受容を目的に ）

② 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他（ ）

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 18年 2月 22日

医療機関名： ぼぶら病院 心療内科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 椿 柳太郎 印

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input checked="" type="checkbox"/> その他の医師	H2.4 ~ H6.3△大学病院（児童精神科）	強迫性障害、広汎性発達障害

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関と照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用 事例3

患者氏名	宗谷 美咲	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
住所	〇〇郡××町1丁目-1	生年月日	1975年 12月20日 年齢30歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F2□）

④気分障害（病名： F3□）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

上記が⑥の場合のみ下記についても記載すること。*ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 摂食障害 (ICD-10: F50)

従たる精神障害：病名 境界性人格障害 (ICD-10: F60)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

過食、盗食、自己誘発嘔吐、下剤乱用、虚言があり、他患と協調できずに退院したが、閉居し、過食した後でリストカットを反復する。デイケアのレクレーションや作業で気分を改善してもらい、頻回に通院精神療法を行っている。

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

- 薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）
（薬物商品名△△）4mg/2×、（薬物商品名〇〇）400mg/2×
- 精神療法等（該当項目に○をつけること。）
- ① 通院精神療法（月に4-6 回程度 内容：支持的に週1回、危機介入で随時、問題を直面化）
- ② 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法
- 4 精神科作業療法 5 精神科訪問看護・指導
- 6 その他（)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 18年 1月 11日

医療機関名： しらかば病院 精神科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： あかしや 花子

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴が分るよう記載すること。）

<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input checked="" type="checkbox"/> 精神科医	H14.4～現在、しらかば病院	
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用 事例4

患者氏名	大空 ひろし	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住 所	〇〇町字××	生年月日	1970年 12月20日 年齢35歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する口をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名：統合失調症 F2□)

④気分障害（病名： F3□）

⑤てんかん（G40）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

上記が⑥の場合のみ以下についても記載すること。*ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 _____ (ICD-10:)

従たる精神障害：病名 _____ (ICD-10:)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）

精神療法等（該当項目に○をつけること。）

1 通院精神療法（月に 回程度 内容： _____)

2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他 (_____)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成18年 3月 10日

医療機関名： 〇〇国保病院 精神神経科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 熊野 鹿男

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（口をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴がわかるよう記載すること。）

医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

「重度かつ継続」に関する意見書（みなし）認定用 事例5

患者氏名	陸野 海男	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〇〇市××町1-1	生年月日	1970年12月20日 年齢35歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□をチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名： F 0□）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名： F 1□）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名： F 2□）

④気分障害（病名：双極性感情障害 F 3 1）

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（下の欄に詳細を記載）

上記が⑥の場合のみ下記についても記載すること。*ICDコードは3桁まで記載。

主たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

従たる精神障害：病名 _____ (ICD-10: _____)

現在の病状（継続的な医療の必要性がわかるように記載すること。）

治療方針（該当項目をチェックし、計画的集中的治療を継続して行う必要性がわかるように記載すること。）

薬物療法（薬剤名、用法用量等；公費負担の対象となる薬剤）

精神療法等（該当項目に○をつけること。）

1 通院精神療法（月に _____ 回程度 内容： _____)

2 精神科デイ・ケア 3 通院集団精神療法 4 精神科作業療法

5 精神科訪問看護・指導

6 その他（ _____)

上記により「重度かつ継続」に該当すると判断する。

平成 18年 2月 20日

医療機関名： 市立原野総合病院 精神神経科

電話番号： XXX-XXXX

医師氏名（自署又は記名押印）： 馬田 牛之助

*上記主病名が⑥の場合、診断医の略歴を記載すること。（□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神科医療の従事歴がわかるよう記載すること。）

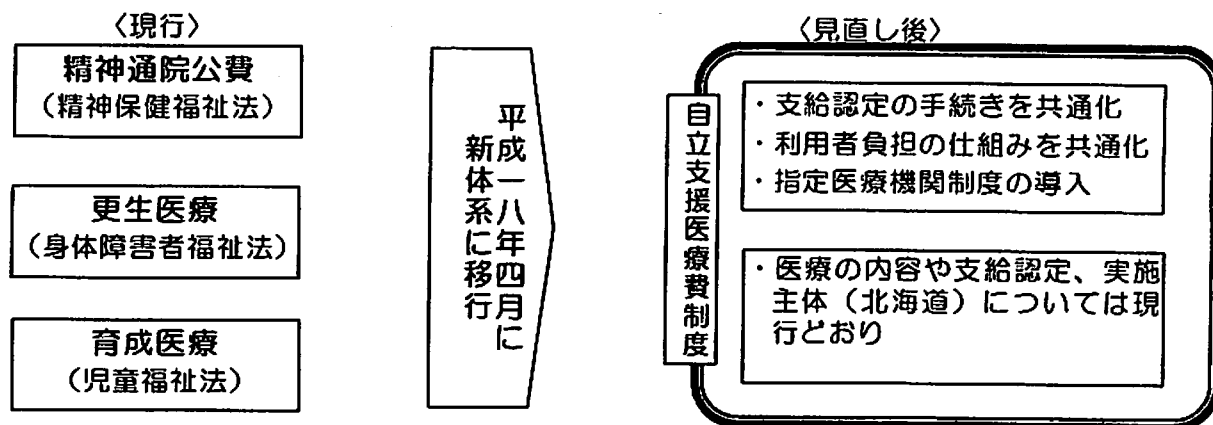
医師区分	精神医療に従事した期間・主な所属	主に診療した疾患名
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医		
<input type="checkbox"/> その他の医師		

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。

なお、審査判定上必要あるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

障害に係る公費負担医療制度が変わります

「精神通院医療」、「更生医療」、「育成医療」の3つの制度が「自立支援医療」として1つの制度になります。



●利用者負担について

①現行制度（精神保健福祉法第32条）における患者負担は、総医療費の5%でしたが、自立支援医療においては、原則、総医療費の10%を負担することになります。

なお、「世帯」の所得（＝課税状況）に応じて、月当たりの負担額に上限が設定されます。

②継続的に相当額の医療費負担が発生する方（「重度かつ継続」）には、月当たりの負担上限が設定されます。

●世帯について

自室支援医療における「世帯」は住民票上の世帯にかかわらず、患者と同一医療保険に加入している家族を「世帯」とします。

自立支援医療費の対象者、自己負担の概要

一定所得以下		中間所得		一定所得以上	
生活保護 世帯	市町村民税非課税 本人収入 ≤ 80万円	市町村民税非課税 80万 < 本人収入	市町村民税 < 2万円 (所得割)	市町村民税 (所得割) 20万円以上	
生活保護	低所得1	低所得2	中間所得層		
負担0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 加入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 ※医療保険の負担 割合・負担限度額
			重度かつ継続 (※1)		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	

※1 当面の重度かつ継続の範囲

●疾病・病状から対象となる者

精神……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）、または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有すると判断された場合

●疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続する者 医療保険の多数該当者

重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえ、順次、見直す。

2 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

～申請手続きについて～

申請に必要な書類

※現行制度の有効期間により必要な書類が異なります。
下記を参照して下さい。

① 申請書若しくは申告書

② 通院医療費公費負担患者票

③ 健康保険証の写し

- ◇国民健康保険の場合 - 受診者が属する世帯全員の保険証の写し
- ◇健康保険の場合で受診者が被保険者の場合 - 受診者の健康保険証の写し
- ◇健康保険の場合で受診者が被扶養者の場合 - 受診者と被保険者の健康保険証の写し

④ 市町村民税課税証明書等

- ◇生活保護受給中の場合 - 直近の保護決定通知書または生活保護受給証明書
- ◇国民健康保険加入者の場合 - 世帯全員の市町村民税課税証明書等
- ◇健康保険加入者の場合 - 被保険者の市町村民税課税証明書等
- ※その他、上記以外で市町村民税の課税状況が確認できる書類

⑤ 本人の16年中の次の収入が分かる資料 [④で市町村民税非課税の場合]

- ◇年金収入(老齢・障害・遺族)等 - 振込通知書の写し等
- ◇特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当等 - 手当証書、振込通知書写し等

⑥ 医師の意見書[市町村民税課税世帯で「重度かつ継続」に該当する場合]

◇過去1年以内に高額療養費制度を4回以上受けた場合は決定通知書等写しが必要です。

⑦ 診断書

◇下記を参照して下さい。

●現行制度の有効期間別必要書類

現行制度の有効期間	提出書類
<ul style="list-style-type: none"> ・～平成18年2月28日までの場合 ・～平成18年3月31日までの新規申請 	<ul style="list-style-type: none"> ・旧申請書 ・みなし認定申告書 ・診断書 ・「重度かつ継続」の意見書(追加用) ※該当者のみ
<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年3月31日の場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・新申請書 ・診断書 ・「重度かつ継続」の意見書(追加用) ※該当者のみ
<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年4月30日～ 平成19年3月31日までの場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・みなし認定申告書 ・「重度かつ継続」の意見書(みなし用) ※該当者のみ
<ul style="list-style-type: none"> ・平成19年4月30日以降の場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・みなし認定申告書 ・「重度かつ継続」の意見書(みなし用) ※該当者のみ

※平成18年4月30日～平成18年6月30日までの有効期間をお持ちの方は、
・新申請書、診断書(「重度かつ継続」に該当する場合は、「追加用」意見書)
を提出することにより、みなし認定に加えて1年間の本則認定を行うことができます。

重度かつ継続について

- ・疾病、症状等から対象となる者
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)、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。
- ・疾病等にかかわらず対象となる者
医療保険の多数該当の者

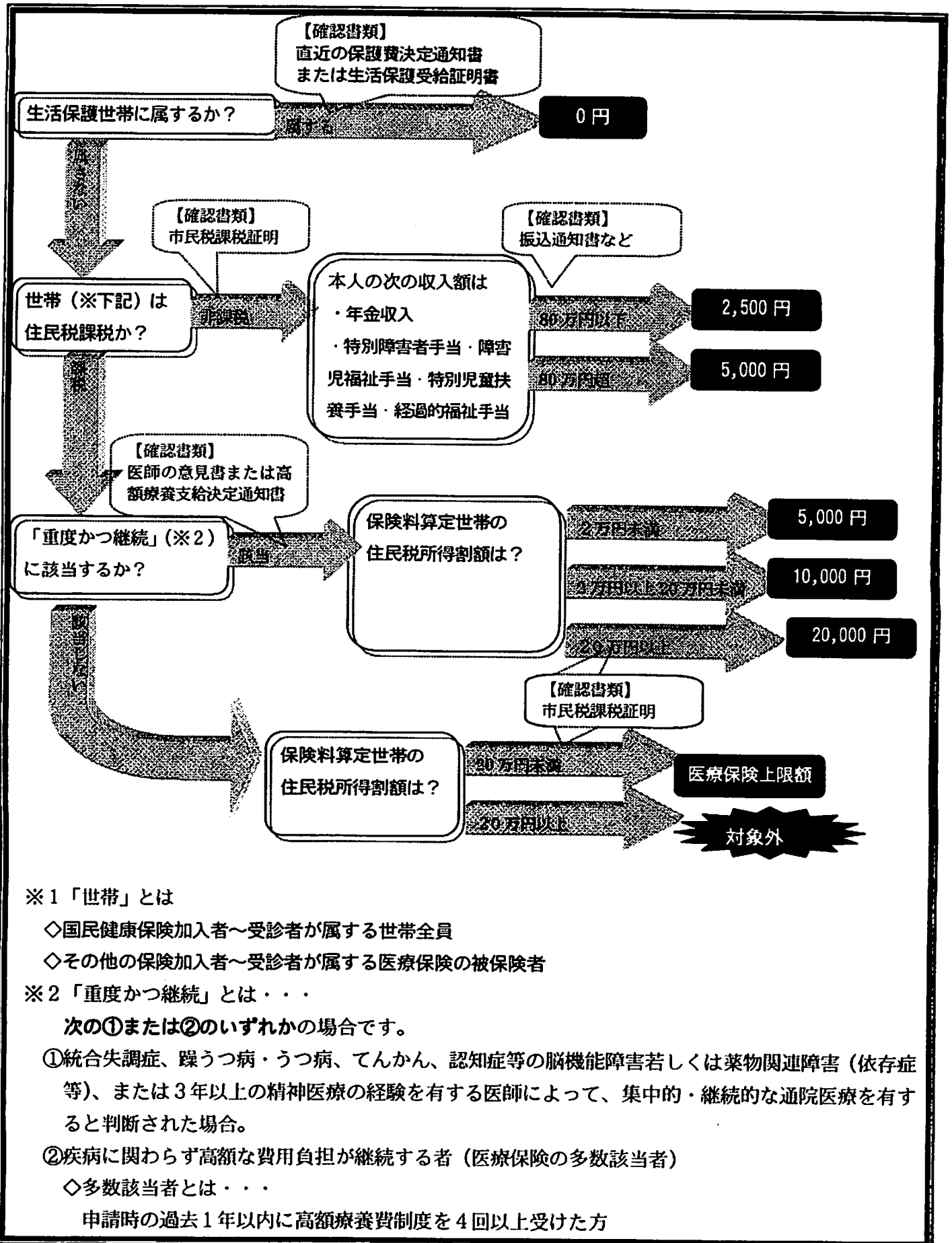
意見書について

手続きにあたり・・・

- ・診断書の提出が必要な方で「重度かつ継続」に該当する場合
→「追加用」の意見書が必要
- ・診断書の提出が不要な方で「重度かつ継続」に該当する場合
→「みなし認定用」の意見書が必要

※なお、「追加用」意見書については、①～⑥に該当する場合は、診断書により判断できるため、記載(提出)する必要がありません。

【自己負担上限額確認の流れ】



※1 「世帯」とは

- ◇国民健康保険加入者～受診者が属する世帯全員
- ◇その他の保険加入者～受診者が属する医療保険の被保険者

※2 「重度かつ継続」とは・・・

次の①または②のいずれかの場合です。

- 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若しくは薬物関連障害（依存症等）、または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有すると判断された場合。
- ②疾病に関わらず高額な費用負担が継続する者（医療保険の多数該当者）

◇多数該当者とは・・・

申請時の過去1年以内に高額療養費制度を4回以上受けた方

※ 今まで、通院している病院のみの申請でしたが、今後、薬局、訪問看護、デイケアについても利用する機関の申請が必要となります。

自立支援医療「みなし認定申告書」

北海道知事 様
(市町村経由)

申請年月日 平成 年 月 日

申告者

申告書を提出した者の氏名
住所
受診者(申請者)
現行制度の受給者番号 ()

障害者自立支援法附則第13条に係る世帯、所得の確認について以下のとおり申告します。

1 「世帯」の確認について

※世帯とは、受診者と同じ医療保険に加入する者。医療保険単位での「世帯」を言います。
(1) 受診者と同じ医療保険に加入している方を記載してください。

受診者:	氏名
氏名	氏名
氏名	氏名
氏名	氏名

(※上記に記載した方の被保険者証等の写しを添付してください。)

(2) 「世帯」の特例について
次の2つの条件を満たしているときは「世帯」の特例を受けることができます。
受診者及びその配偶者が、

- ・条件1：税制上の扶養控除の対象になっていないこと。
- ・条件2：医療保険上の被扶養者となっていないこと。

「世帯」の特例	申請する	申請しない	(どちらかに○をつけてください。)
---------	------	-------	-------------------

※受診者と同一の「世帯」に属する親・兄弟・子供がいる場合であっても、税制と医療保険のいずれも受診者を扶養しないこととしたときは、原則、同一の「世帯」であっても、特例として受診者及びその配偶者を別の「世帯」に属するものとして、申請することができます。

2 「世帯」の所得の確認について

市町村民税等の状況(該当するところ1つに○をつけてください。)

①	受診者が生活保護世帯
②	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金、各種手当等)が80万円以下
③	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金、各種手当等)が80万円を超える
④	受診者が市町村民税課税世帯に属し、市町村民税(所得割)の合計が2万円未満
⑤	受診者が市町村民税課税世帯に属し、市町村民税(所得割)の合計が2万円以上20万円未満
⑥	受診者が市町村民税課税世帯に属し、市町村民税(所得割)の合計が20万円以上

- ※①の方の添付書類：福祉事務所の発行する証明書、保護決定通知書など生保受給がわかる書類
 ※②③の方の添付書類：市町村民税非課税世帯であることがわかる書類及び受診者の収入がわかる書類
 ※④⑤⑥の方の添付書類：市町村民税(所得割)の課税(額)状況がわかる書類
 「重度かつ継続」の対象となる方は、意見書(主治医に相談してください。)

3 現在、受診している(希望される)医療機関等の名称及び住所

病院・診療所・クリニック・デイケア名	住所
薬局名	住所
訪問看護事業者名(訪問看護ステーション名)	住所

※市町村収受印

※保健所収受印

※整理番号

--	--	--	--	--	--

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(①新規・再認定・変更・追加) 障害者手帳申請書

北海道知事様 (市町村経由)

② 申請年月日 年 月 日

③申請書を提出した者

住所 氏名 受診者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

障害者自立支援法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき、

④ 自立支援医療費の支給認定(第53条第1項) ・ 精神障害者保健福祉手帳の交付(第45条第1項) を次のとおり申請します。

⑤ 申請内容 自立支援医療費支給認定 1 新規認定 2 再認定 3 変更 4 追加 障害者手帳 1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 他都府県又は札幌市からの住所変更による手帳交付
⑥ 医療受給者証(患者票)の受給者番号 障害者手帳の手帳番号
既存の医療受給者証(患者票)の有効期限 年 月 日 既存の手帳の有効期限 年 月 日
⑦ (フリガナ) (姓) (名) 性別 生年月日 氏名 男・女 年 月 日生 住所 電話番号 () -
⑧ (フリガナ) 保護者氏名 続柄 1 父 2 母 3 その他 () 保護者住所 電話番号 () -
⑨ 添付書類 1 医師の診断書 2 「重度かつ継続」意見書 3 「世帯」に関する書類 4 「世帯」の所得に関する書類 5 年金証書の写し(級) 6 障害者手帳の写し 7 その他 ()
⑩ 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 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
⑪ 受診を希望する自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業所等を含む) 医療機関等名 所在地 医療機関コード
⑫ 保険の種類 10 被用者保険(本人) 20 被用者保険(家族) 30 国保一般 40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族) 6- 老人保健 70 生活保護(福祉事務所) 90 その他(自費)
身体障害者手帳番号(あはれいかみ) ⑬ 「世帯」の特例 申請します
⑭ 自立支援医療機関を追加する場合は、その理由を詳しく記入してください。

注意事項

- 1 この申請書は、受診者のお住まいの市町村窓口に出してください。
2 「申請書を提出した者」及び「受診者」の氏名欄に署名した場合は、押印を省略できます。
3 自立支援医療の新規認定又は再認定申請の場合は、医師の診断書又は障害者手帳の写しを添付してください。(「重度かつ継続」に該当する場合は、意見書)
なお、再認定申請の場合は、現に交付されている医療受給者証を必ず添付してください。
添付書類等により「世帯」及び所得(=課税状況)等の確認ができない場合は、支給の認定のために、市町村で確認する場合があります。(同意書が必要となります)
4 障害者手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請の場合は、①医師の診断書、②障害年金の年金証書の写し、③障害年金の年金裁定通知書の写し又は④直近の障害年金の振込(支払)通知書の写しのいずれかを添付してください。
なお、②から④までの書類を添付された場合は、障害等級等の判定のために、社会保険事務所等に対し、年金の障害等級を照会することがありますので同意書が必要となります。
5 ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください。

※市町村収受印 ※保健所収受印 ※整理番号

申請書記入要領

- ① 申請の区分：該当するものを○で囲んでください。
新規 → 新たに自立支援医療を受けるため申請する場合
再認定 → 自立支援医療を受けているが、有効期間が切れるため更新する場合
変更 → 月額上限負担額等を再認定する場合又は自立支援医療機関（薬局等を含む）を変更する場合（⑩欄に変更年月日を記入してください。）
追加 → 自立支援医療機関を追加する必要が生じたとき（⑩欄に具体的理由を記入してください。）
- ② 申請年月日：申請する日を記入してください。
- ③ 申請書を提出した者：申請者本人（受診者）が提出する場合は、記入不要です。
- ④ 自立支援医療費の支給認定・精神障害者保健福祉手帳の交付 → 申請するものを○で囲んでください。
- ⑤ 申請内容：該当するものを○で囲んでください。
- ⑥ 受給者番号及び有効期間：受診している医療機関で確認してください。（手帳所持者については、手帳に記載されている受給者番号を記入してください。）
- ⑦ 受診者の氏名・性別・生年月日・住所・電話番号：記入してください。
- ⑧ 受診者が18歳未満の場合：保護者の氏名・住所電話番号・受診者との続柄を記入してください。
- ⑨ 添付書類：申請書と一緒に提出する書類に○を付けてください。また、該当項目がない場合には「その他」に記入してください。

⑩ 負担額に関する事項

- (1) 受診者の被保険者証の記号及び番号・保険者名：保険証を見て記載してください。
- (2) 受診者と同一保険の加入者：医療を受ける方と同一保険に加入している全ての方の氏名を記入してください。
- (3) 該当する所得区分

↓ **〔ア〕から順番に進んでいき、該当した所得項目を○で囲んでください。**

- (ア) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護を受給していますか。
・受給している：「生保」に○
・受給していない：(イ)へ進む
- (イ) 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：(ウ)へ進む（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：(エ)へ進む（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）
- (ウ) 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○
・80万円を超える：「低2」に○
- (エ) 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○
・市町村民税額（所得割）20万円未満：「中間2」に○
・市町村民税額（所得割）20万円以上：「一定以上」に○
- (4) 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。（なお、下記の疾病以外の方は主治医にご相談ください。）
・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○
・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① 疾病等・・・統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）、3年以上の精神医療の経験を有する医師によって集中的・継続的な通院医療を要すると判断された者
- ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方
過去1年以内に高額療養費制度を4回以上受けた方

- ⑪ 受診を希望する医療機関：現在受診している（又は受診を希望する）医療機関・薬局・訪問看護ステーション等の名称及び住所を記入してください。なお、医療機関コードについては記入不要です。
- ⑫ 保険の種類：該当する保険の種類の番号を記入してください。（老人保健適用で国保加入は、63番となります。）
- ⑬ 「世帯」の特例について
受診者（及びその配偶者）が同一の「世帯」に属する親・兄弟・子どもの税制上の扶養控除の対象となっておらず、かつ、医療保険上の被扶養者となっていない場合、別「世帯」とみなす取り扱いができます。（選択制）
・特例を認める対象：受診者（及びその配偶者）が市町村民税非課税である一方、これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税であるときのみ。
上記の条件を満たし、特例を申請したい場合は「申請します」を○で囲んでください。