

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第58条第1項に基づく自立支援医療費（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続き及び運営等については、法令等の定めるところによるもののほか、本要綱を参照しつつ支給認定の適正な実施を図られるようお願いいたします。

第1 定義

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

第2 精神通院医療の対象及び医療の範囲

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

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

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。
- 3 3 また、症状が殆ど消失している患者であっても、障がいの程度が軽減している状態を維持し、又は障がいの再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第3 支給認定の申請

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

- 1 支給認定の申請については、鳥取県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成18年鳥取県規則第22号。以下「施行細則」という。）様式第5号の自立支援医療支給認定申請書（以下「申請書」という。）に次の書類を添付して行う。

(1) 支給認定の申請のみを行う場合

- ・ 施行細則様式第7号による指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による診断書（以下「医師の診断書」という。）（令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）に該当する旨を申請する場合のみ同様式の「重度かつ継続」に関する意見を記載すること。）
- ・ 受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）
- ・ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護受給世帯」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付受給世帯」という。）の証明書及び市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）

(2) 手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

- ・ 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師であって指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師による鳥取県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（平成49年鳥取県規則第31号。）による診断書（以下「精神障害者保健福祉手帳用の診断書」という。）及び細則様式第7号の「重度かつ継続」に関する意見欄に該当する項目（重度かつ継続に該当する旨を申請する場合に限る。）
- ・ 被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

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

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

- 2 申請書は、受給者の居住地を管轄する市町村長に提出するものとする。提出を受けた市町村においては、申請書、添付資料等を確認の上、該当する所得区分等を記入して県に進達する。
- 3 支給認定の申請は、現に支給認定を受けている者がその継続のために申請する場合

には、支給認定の有効期間の終了する日の概ね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

1 総合事務所長及び福祉保健事務所長（以下「総合事務所長等」という。）は、所定の手続きによる申請書を受理したときは、次により審査を行う。

(1) 自立支援医療費の支給認定の申請のみを行う場合

精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定すること（本要綱第3の1の(3)に基づき、診断書の添付が省略されている場合は、この限りでない。）。精神保健福祉センターは、「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日付障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）で定める自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針（以下「判定指針」という。）により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を総合事務所長等に報告すること。総合事務所長等は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

総合事務所長等は、支給認定を行うことを決定したときは細則様式第8号（但し裏面は、様式第3号による。）による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、様式第4号による通知書を受給者の居住地を管轄する市町村長を経由して申請者に交付する。

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

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

なお、精神保健福祉センターが手帳の交付の適否について判定を行う際においては、手帳の交付については否とする場合でも、判定指針により、精神通院医療の要否について判定し、その結果を総合事務所長等に報告すること。総合事務所長等は、精神保健福祉センターの報告を受け、速やかに自立支援医療費の支給認定を行うかどうかを決定すること。

この場合、手帳の交付又は支給認定の一方又は両方を行わないこととする場合には、精神障害者保健福祉手帳事務処理要領（平成18年7月3日付第200600020702号鳥取県福祉保健部障害福祉課長通知）による却下通知書を交付する。

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

①手帳の有効期間の満了日までの期間内を有効期間とする支給認定を行う場合

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

② 「重度かつ継続」に該当する新規の申請を行う場合等①以外の場合

(1) に準じて行うこと。

2 受給者証の「有効期間」欄には、支給認定の有効期間を記入すること。支給認定の有効期間は、新規の申請の場合には、市町村が申請を受理した日を始期とし、その始

期から1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。また、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合には、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期より1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。

- 3 受給者証の交付を受けた者が氏名を変更したとき、本県の区域内において居住地を移したとき、所得の状況に変化が生じたとき、「世帯」の状況が変化したとき、又は保険の種類に変更が生じたときについては、細則様式第9号により市町村長を経由して、総合事務所長等に届け出るものとする。
- 4 精神通院医療を受ける指定自立支援医療機関については、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合、同一の受診者に対し複数指定することを妨げない。
- 5 受給者が細則様式第8号の規定による受給者証を破り、汚し、又は失ったとき、支給認定の有効期間内において受給者証を再交付するときは、細則様式第10号による自立支援医療受給者証再交付申請書を提出して行うものとする。

第5 所得区分

自立支援医療費の支給認定については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設ける。

- 1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。
 - ① 生活保護 負担上限月額0円
 - ② 低所得1 負担上限月額2,500円
 - ③ 低所得2 負担上限月額5,000円
 - ④ 中間所得層 負担上限月額設定なし
 - (⑤ 一定所得以上 自立支援医療費の支給対象外)
- 2 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が重度かつ継続に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。
 - ④' 中間所得層1 負担上限月額5,000円
 - ④" 中間所得層2 負担上限月額10,000円
- 3 1の所得区分のうち⑤一定所得以上については、受診者が重度かつ継続に該当する場合には、平成27年3月31日までの間は、自立支援医療費の支給対象とし、次のとおり別途所得区分及び負担上限額を設ける。
 - ⑤' 一定所得以上（重度かつ継続） 負担上限月額20,000円
- 4 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合又は生活保護法による要保護世帯若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永久帰国後の自立の支援に関する法律による要支援世帯であって、②低所得1の負担上限額を適用としたならば保護又は支援を必要とする状態となる世帯である場合とする。
- 5 1の所得区分のうち②低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるもの

とする。

- ・ 地方税法（昭和25年法律第226号）上の合計所得金額（注2）（合計所得金額がマイナスとなる者については、0とみなして計算する。）
- ・ 所得税法（昭和40年法律第33号）上の公的年金等の収入金額（注3）
- ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4）

（注1） 「市町村民税世帯非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は、第8の1による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

（注2） 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。

（注3） 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

（注4） 「その他厚生労働省令で定める給付」とは、施行規則第54条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

6 1の所得区分のうち③低所得2の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（均等割及び所得割双方が非課税）である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得1の対象ではない場合であるものとする。

7 1の所得区分のうち④中間所得層の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

（注）「所得割」を算定する場合には、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。（以下「扶養親族」という。））及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。（以下「特定扶養親族」という。））があるときは同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。））に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。

8 1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円以上の場合であるものとする。

9 2の所得区分のうち④' 中間所得層1の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。

10 2の所得区分のうち④" 中間所得層2の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるもの

とする。

- 1 1 7から10までにおいて、市町村民税額（所得割）の合計を判断する場合には、第8の1に基づくこととなる。
- 1 2 ⑤'一定所得以上（重度かつ継続）の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。

第6 「世帯」

- 1 1 「世帯」については、受診者の属する世帯の世帯員のうち、8の②に掲げる特例に該当する場合を除き受診者と同じ医療保険に加入する世帯員をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱う。
- 2 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、8の②に掲げる特例に該当する場合を除き医療保険の関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱う。
- 3 申請者から申請を受けた場合には、申請書の他、受給者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など各種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。）の写し（注1）を提出させるものとする（注2）。併せて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出するものとする。
（注1）受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の氏名が記載されている被保険者証等の写しも併せて提出させるものとする。
（注2）カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。
- 4 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが「世帯」全員のものかどうかの確認を、申請者に住民票を提出させる、職権で調査する等の方法によって確認を行うこととする。
- 5 「世帯」に属する受診者を除く世帯員の氏名が記載された被保険者証等の写しについても提出させること。その際、被保険者証等の形式や加入している医療保険によって、第8に定める所得区分の認定に際して対象となる世帯員の範囲が異なることに注意すること。
- 6 「市町村民税世帯課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額の算定については、受診者の属する「世帯」の世帯員が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合にあつては、前年度）の課税状況を基準とすることが基本となる。なお、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合であつて、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に「市町村民税世帯非課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額の算定について再確認を行うことを必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。
- 7 障がい者等が精神通院医療に係る自立支援医療費の支給を受ける場合には、申請者に市町村に対して申請書とともに添付資料を提出させることとし、市町村は当該申請書を確認の上、総合事務所等に進達することとする。また、当該進達を受けた総合事務所等が資料を再確認の上、当該申請者に係る支給認定を行うこととする。
- 8 「世帯」の特例
 - ①受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟又は子ども等がいる場合であっても、その親、兄弟又は子ども等が、税制と医療保険のいずれにおいても障がい者を扶養しないこととしたときは、申請者の申請に基づき、特例として、受診者及びその配偶者を当該親、兄弟、子ども等とは別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行う

ことを選択できるものとする。

- ・この特例は、申請者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外の同一の世帯に属する世帯員が市町村民税課税である場合にのみ認めることとする。
- ・この特例に係る申請があった場合には、申請書の他、当該申請者及びその配偶者が扶養関係に基づく税制上及び医療保険上の各種控除（以下「扶養控除」という。）の対象となっていないかどうかを確認するため、同一世帯に属する者の市町村民税に係る税情報の記載された適宜の書面又は書面の写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。
- ・なお、ある年度において扶養関係にあったものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合であって、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、受給者から、その旨の確認を誓約書等適宜の方法によって得ることにより、受給者及びその配偶者を他の世帯員と別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。

② 受診者が18歳未満の場合については、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなすものとする。

9 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、「世帯」の状況の変化に伴い支給認定の変更が必要となった場合には、別途支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

第7 「世帯」の所得の認定

- 1 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。
- 2 申請の際の提出資料や申請者からの聞き取りから、所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこととする。
また、市町村民税額（所得割）が23万5千円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、第5の2に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2として取り扱うこととする。
さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取扱うこととする。
- 3 「世帯」の所得の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

第8 「世帯」の所得区分の認定

「世帯」の所得区分の認定

- 1 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行うものとする。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。
また、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき、申請者の収入を算定し認定するものとする。

2 法第12条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うことも差し支えない。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいこととする。

3 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者に市町村に対して申請書とともに添付書類を提出させることとし、市町村はこれを確認の上、総合事務所長等に進達することとする。また、当該進達を受けた総合事務所長等は資料を再確認の上、認定を行うこととする。

4 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。

なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

第9 支給認定の変更

1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類及び受給者証を添えて提出するものとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、負担上限月額（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当の変更によるもの）及び指定自立支援医療機関の変更以外の変更については、細則様式第9号による自立支援医療受給者証等記載事項変更届をもって届出するものとし、この場合、市町村長においてその旨を受給者証に記載して届出者に返還するものとし、市町村長は手入れ後の受給者証の写しを添付して総合事務所長等へ進達するものとする。

2 受診者が精神通院医療を受けている場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付書類を提出させることとし、市町村はこれを確認の上、総合事務所長等に進達することとする。また、当該進達を受けた総合事務所長等は資料を再確認の上、認定することとする。

3 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の認定を行った日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限額を記載した受給者証を交付することとする。また、必要に応じ様式第7号の自己負担上限額管理票（以下「管理票」という。）を交付すること。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、様式第4号の変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付することとする。

4 指定自立支援医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更の認定を行った日以降新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付する。なお、指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

第10 負担上限月額管理の取扱い

- 1 自立支援医療において負担上限月額が設定された者については、管理票を交付すること。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療機関で指定自立支援医療を受けるときに受給者証とともに管理票を医療機関に提示すること。
- 3 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載すること。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

第11 医療の種類と負担上限月額及び食事療養費

自立支援医療の負担上限月額は、令第1条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。

第12 未申告者の取扱い

- 1 非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこと。また、この場合においては、第5の3の適用はないものとする。

- 2 ただし、精神通院医療については、障害者自立支援法制定以前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。

- ・申請者から申請書等の提出を受けた市町村は、非課税であるとみなすことができるかどうかの意見を付して、総合事務所長等に関係資料を送付する。
- ・総合事務所長等は、市町村からの意見を参考に、非課税とみなしてよいと判断すれば、非課税とみなすことができる。

- 3 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を③低所得2と認定するものとするが、総合事務所長等の判断により、所得区分を②低所得1と認定しても差し支えない。

ただし、この場合には、障害基礎年金1級を受給する者とのバランスを失することのないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮されたい。

第13 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、被用者保険の加入者又は後期高齢者医療制度の被保険者となる場合や、生活保護世帯の医療扶助又は支援給付世帯の医療支援給付の対象となっている場合を除き、加入手続を行っ

ていない場合には、申請者に対して手続を促すとともに、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。

- 2 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯又は支援給付世帯の対象となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと。
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、第5の3の適用はないものとする。

第14 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

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

第15 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額

- 1 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法(大正11年法律第70号)第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額(高額療養費基準額)を超えた場合は、高額療養費基準額を徴収する。この場合、高額療養費は医療機関に支給されるものであること。

第16 指定自立支援医療機関

県は、法第54条第2項で定めるところにより指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成する。

また、指定自立支援医療機関に異動(新規指定や廃止等)のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付する。

第17 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されておりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなる。

第18 診療報酬請求書の審査及び支払

知事は、法第73条第4項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の支部長及び国民健康保険団体連合会の理事長(会長)と契約を締結することとする。

第19 受給者証の返還

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

第20 支給台帳

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

附 則

この要綱は、平成18年7月3日から施行し、平成18年4月1日以降の認定について適用する。

この要綱は、平成19年7月10日から施行し、平成19年7月1日以降の認定について適用する。

この要綱は、平成20年8月11日から施行し、同年4月1日以降の支給認定から適用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この改正は、平成25年3月25日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

(準備行為)

- 2 改正後の自立支援医療費(精神通院医療)支給認定実施要綱第3及び第4による手続は、この改正の施行前においても行うことができる。

様式 1, 2 号 削除

注意事項

- 1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の受給を受ける場合は、この受給者証を被保険者証（又は組合員証）に添えて、指定医療機関の窓口へ渡してください。
- 2 この受給者証は、受給者証に記載している指定医療機関において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第23項及び障害者自立支援法施行令第1条第3号に規定する「自立支援医療（精神通院医療）」を受ける場合に利用できます。
- 3 受給者証の記載事項（氏名、住所、保険者又は指定医療機関）や加入している医療保険が変更となった場合などの変更が生じた場合は、速やかにこの受給者証を居住地の市町村を経由して鳥取県に届け出てください。
- 4 継続して自立支援医療費（精神通院医療）の受給を受ける場合は、有効期間の終了する日の3箇月前から有効期間の終了する日までに申請してください。
なお、継続申請の際は、原則として2年に1度診断書の提出が必要です。
- 5 医療費は原則として1割負担ですが、月々の自己負担上限額が認定された受診者の本人負担額は、この受給者証に記載している負担上限額までとなります。
- 6 この受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、自立支援医療受給者証再交付申請書により居住地の市町村に再交付の申請をしてください。
- 7 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法の規定により詐欺罪として罰せられます。
- 8 自己負担額上限月額は、各月の「自己負担上限額管理票」で管理しますので、受診した指定医療機関（病院、診療所、薬局等）に「自己負担上限額管理票」を提示してください。（月額負担上限額を超えた時点から本人負担額はなくなります。）
- 9 「自己負担上限額管理票」は、毎月の自己負担上限額を管理する大切な管理票ですので紛失しないようにしてください。
なお、記入欄が不足した場合や「自己負担上限額管理票」を紛失したときは、市町村の窓口又は指定医療機関に御相談ください。

通 知 書

申請者

様

職氏名



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により申請のあった自立支援医療費の支給認定は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他 ()

教示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、鳥取県を被告として（訴訟において県を代表する者は鳥取県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。

様式 5、6 号 削除

様式第 7 号

