

自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱

第1 目的

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）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。）の事務の取扱いについては、法令及び通知に定めがあるもののほか、この要綱の定めるところによることとし、もって給付の適正な実施を図る。

第2 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」という。）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 給付の対象となる疾患を障害区分により例示すれば、次のとおりである。

- (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 1の(5)の適用に関しては、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。

なお、腎臓機能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給付の対象とする。

3 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、次のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

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18年厚生労働省令第19号）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 申請に当たっては、自立支援医療費（育成）支給認定申請書（別紙様式第1号。以下「申請書」という。）に指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師の作成する自立支援医療意見書（別紙様式第6号。以下「医師の意見書」という。）受診者及び受診者と同じの「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市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）のほか、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しなければならない。
- 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、指定自立支援医療機関において育成医療を主として担当する医師が作成したものでなければならない。

第4 支給認定

- 1 市長が所定の手続きによる申請を受理した場合は、受診者について育成医療の要否等に関し、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。

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 市長は、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、高額治療継続者（障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）への該当・非該当、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第2に定める負担上限月額の設定を行った上で、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。）の定めるところにより、自立支援医療受給者証（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するとともに、必要に応じ自己負担上限額管理票（別紙様式第4号）を申請者に交付する。

また、認定を必要としないと認められる場合については、認定しない旨、通知書（別紙様式第5号）を申請者に交付する。
- 3 育成医療の具体的方針は、受給者証に詳細に記入する。
- 4 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。
- 5 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、有効期間は原則3か月以内とし、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、特に慎重に取り扱うものとする。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。

- 6 同一受診者に対し、当該受診者が育成医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者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、交付していた受給者証を速やかに市長に返還させる。
- 8 受診者が、支給認定の有効期間内に満18歳になった場合であっても、当初の支給認定の有効期間中は、育成医療の支給認定の取消しは行わないものとする。なお、当初の支給認定の有効期間を超えて再度の育成医療の支給認定を行うことはできないものとする。

第5 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、申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、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ほか、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、市長あて申請しなければならない。市長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。また再認定を必要としないと認められるものについては、認定しない旨を第4の2の却下手続に準じて通知書を交付する。
- 2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、受給者から申請があった場合、変更の申請書（別紙様式第3号）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、市長あて申請しなければならない。市長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。
なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とする。また、変更を必要としないと認められるものについては、認定しない旨を第4の2の却下手続に準じて通知書を交付する。

第6 自立支援医療費の支給の内容

- 1 自立支援医療費の支給の対象となる育成医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次に定めるとおりとする。
 - （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、市長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）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器具のみを支給するものとし、この場合においては現物給付をすることができるものとする。

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。

- (3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とする。

なお、家族が行った移送等の経費については認めない。事前に市長に申請を行い、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する。

- (4) 治療材料費等の支給申請は、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、受給者から市長に申請しなければならない。

- 2 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し支えない。

第7 育成医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和54年児発第564号通知「児童福祉法及び精神薄弱者福祉法の措置等に係る医療の給付に関する費用の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」及び昭和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」に定めるところによる。

第8 その他

市長は、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給等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かなければならない。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

別紙様式第1号

| 自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更） | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------|----|----------|---------------------|----------------------------------|
| 障害者・児 | フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 ¹ 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。 また、この認定にあたり、私及び私の世帯員の市民税課税状況を調査することに同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ⁶ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (宛て先) 浜松市長</p> | | | | | | |

- ここから下の欄には記入しないでください。 -----
- 1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに をする。
 - 2 受診者本人と異なる場合に記入。
 - 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
 - 4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
 - 5 再認定または変更の方のみ記入。
 - 6 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。

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 | 市民税課税証明書 市民税非課税証明書 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 | | | | | |

別紙様式第2号

| 自立支援医療受給者証 (育成医療) | | | | | | |
|------------------------|--------------|-------------|------|------------|----------|-------|
| 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 | 年齢 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | 男・女 | | 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 | | | | | | |
| 保護者 | | フリガナ | | | 続柄 | |
| | | 氏名 | | | | |
| | | フリガナ | | | | |
| | | 住所 | | | | |
| 指定医療機関名(薬局・訪問看護事業者を含む) | 区分 | 病院・診療所 | 名称 | | | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | | 電話番号 | | | |
| | 区分 | 薬局 | 名称 | | | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | | 電話番号 | | | |
| | 区分 | 訪問看護事業者 | 名称 | | | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | | 電話番号 | | | |
| | 区分 | | 名称 | | | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | | 電話番号 | | | |
| 公費負担の対象となる障害 | | 障害区分 | | 病名 | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 自己負担上限額 | | 月額 | 円 | 特定疾病療養受領証 | 有・無 | |
| 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 | | 浜松市長 | | | 印 | |

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領証を医療機関窓口へ提出すること。

別紙様式第3号

| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療） | | | | | |
|---|---|-----|-----|----------|-------|
| 受 診 者 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | 男・女 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | フリガナ | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | フリガナ | | | | 続柄 |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 変 更 内 容 | 事項 | 変更前 | | 変更後 | |
| | 受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号） | | | | |
| | 保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号） | | | | |
| | 被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者） | | | | |
| | 身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号 | | | | |
| 備考 | | | | | |
| <p>私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>印</p> <p>浜松市長</p> | | | | | |

自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

浜 保 健 第 号
平 成 年 月 日

通 知 書

申請者

様

浜松市長



障害者自立支援法第 5 8 条第 1 項の規定による自立支援医療（育成医療）の
平成 年 月 日付け申請は、次により認定されませんでしたので通知し
ます。

理由

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

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60 日以内に浜松市長に対して異議申立てをすることができます。（なお、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年を経過すると異議申し立てをすることができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6 か月以内に限り、浜松市を被告として（訴訟において浜松市を代表する者は浜松市長となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知っ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 日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6 か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6 か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

別紙様式第6号

| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------|-----|----|------|----------------|
| フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 受診者住所 | | | | | | |
| 病名 | | 発症年月日 | | 平成 | 年 | 月 日 |
| 障害の種類 (該当するものにつける) | (1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 (9)免疫機能障害 | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間 | | 日間 | } 通算 | 日間 |
| | | 通院治療回数並びに期間 | 回 | 日間 | | |
| | | 訪問看護予定回数並びに期間 | 回 | 日間 | | |
| 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 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | 印 |