

浜松市自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律施行令、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律施行規則及び浜松市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（以下「細則」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（法令以外の基準）

第2条 自立支援医療費の支給認定について（平成18年障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。）に定めのある事項については、これに従い事務を実施するものとする。

（申請・届出の様式）

- 第3条 細則第12条及び第14条の申請書は、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（第1号様式）とする。
- 2 省令第35条第2項第1号の診断書は、自立支援医療(精神通院)用診断書（第2号様式）とする。
 - 3 細則第15条の届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項等変更届（第3号様式）とする。
 - 4 細則第16条の申請書は、自立支援医療受給者証再交付申請書（第4号様式）とする。
 - 5 省令第35条第2項第2号の書類は、自己負担上限額管理票（第5号様式）とする。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

第1号様式(第3条関係)

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(医療機関・所得区分))※1													
障害者・児	フリガナ						性別	男女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名										大正	昭和	平成
	フリガナ						(中区・東区・西区・南区・北区・浜北区・天竜区)				電話番号		
	受診者住所												
個人番号													
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係						
	フリガナ						電話番号		※2				
	保護者住所 ※2												
保護者個人番号													
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	浜松市(国保)、全国健康保険協会静岡支部 その他()					
	受診者と同一保険の加入者(※8)						保険の種類	健保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、後期高齢、 国保(一般・退職本人・退職家族)、生保、その他()					
	受診者と同一保険の加入者個人番号(※8)												
	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・辞退					
身体障害者手帳番号						精神障害者 保健福祉手帳 番号	有効期限	平成 年 月 末日					
受給者番号 ※5						受給者証有効期限		平成 年 月 末日					
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(町名)					チェック欄		
	病院												
	薬局												
	デイケア												
	訪問看護												
検査のみ													
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、この申請に関して必要がある場合、担当課が税務局・年金事務所・医療機関等に確認することに同意します。							診断書の添付		有・無				
申請者氏名							印 ※6		精神障害者保健福祉手帳の有効期限が1年未満の場合、有効期限を合わせる ことができます。 有効期限を合わせることを希望し、自立支援医療の有効期限を短縮する ことに同意しますか。 ※7				
年 月 日							浜松市長 様		希望し、同意する。 希望しない。				
※ ご同意いただけない場合や必要な手続を行っていただけない場合は、制度の適用を受けられません。													
※1 該当する申請の種類のうち新規・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をする。 ※3 窓口にある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 窓口にある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をする。 ※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。 ※7 精神障害者保健福祉手帳所持者のみいずれかに○をする ※8 同一保険加入者が複数いる場合は、別紙に記載すること。													
【受付窓口】各区社会福祉課 中区：457-2058 東区：424-0176 西区：597-1159 南区：425-1485 北区：523-2898 浜北区：585-1697 天竜区：922-0024 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													
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・辞退						
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・辞退						
申請種別	1 医療のみ申請 2 手帳と医療同時申請 3 市外からの転入に係る申請 4 再認定申請と変更申請同時(住所・氏名・保険の種類・所得区分・医療機関)												
処理欄	窓口受付年月日					センター受付年月日					認定年月日		

第2号様式（第3条関係） 自立支援医療（精神通院）用診断書

氏名		明治・大正・昭和・平成 年月日生（歳）	男・女
住所			
①病名 (ICDコードは、F00～F99, G40のいずれかを記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード () (2)従たる精神障害 _____ ICDコード () (3)身体合併症 _____		
②発病から現在までの 病歴（発病状況、治療の経過等を記載）	(推定発病時期 年 月 頃)		
③現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）		【てんかんの特記欄】 以下（1）（2）について、該当するもの各1つを○で囲み、（3）（4）について記入する。	
<p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チェック・汚言 6 その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等 ※てんかんの状況については右記の特記欄に記入する</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ※該当するカタカナを○で囲む 1 乱用物質 [ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 ()] 2 依存状況 [ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病的障害 エ その他 ()]</p> <p>(10) 知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害（精神遅滞） [ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度] 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 [ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 ()] 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		<p>(1) てんかんの発作型 A 意識障害はないが随意運動が失われる発作 B 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 C 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 D 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作</p> <p>(2) てんかんの頻度 ア CまたはDの発作が月1回以上 イ AまたはBの発作が月1回以上 ウ CまたはDの発作が年2回以上 エ AまたはBの発作が月1回未満 オ CまたはDの発作が年2回未満</p> <p>(3) 最終発作年月日 年 月 日</p> <p>(4) その他特記事項 ()</p>	

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容

(同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由)

2 精神療法等

・通院精神療法 ・通院集団精神療法 ・精神科作業療法 ・精神科デイケア

・その他

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(1) 利用なし

(2) 利用あり ※ありの場合は下記の該当する項目を○で囲む

・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に規定する自立訓練(生活訓練)

・共同生活援助(グループホーム)・居宅介護(ホームヘルプ)

・その他の障害福祉サービス() ・訪問指導等 ・その他()

⑧備考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

名称 _____ 診療科担当科 _____

電話番号 _____ 医師氏名 _____

(自署または記名捺印)

※以下は、主たる精神障害のICDカテゴリーがF4～F9で「重度かつ継続」に該当する場合、(1)、(2)のいずれかを記載してください。

医師の略歴

(1) 精神保健指定医(指定医番号: _____)

(2) 3年以上精神医療に従事した経験を有する医師 [] 内に経歴を記載してください。

(この用紙は日本工業規格A列3番を標準とする。)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）											
受 診 者	フリガナ							性別	生年月日		
	氏名								大 正 昭 和 平 成		
	フリガナ							電話番号			
	住 所										
	個人番号										
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							電話番号			
	住 所										
	個人番号										
自立支援医療費受給者番号											
受給者証の有効期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで
変 更 内 容	事 項		変 更 前				変 更 後				
	受診者に 関する事項	氏 名									
		住 所									
		電話番号									
	保護者に関する 事項（受診 者が18歳未 満の場合記 入）	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									
備 考											
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 _____ 印</p> <p>※届出者氏名は、自署の場合は押印不要</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">浜松市長 様</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。

第4号様式（第3条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

浜 松 市 長 様

住 所
申請者
氏 名 印
※申請者氏名は、自筆による署名の場合は押印不要

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

1 障害者等及び保護者

障害者・児 (受診者)	〒 <input type="text"/>		性別	男 女	年 齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	〒 <input type="text"/>						電話番号
	個人番号						
保護者 (受診者 が18歳未満 の場合)	〒 <input type="text"/>					受診者との関係	
	〒 <input type="text"/>					電話番号	
	個人番号						
受給者番号							

2 申請の理由

- (1) 汚れ
- (2) 破損
- (3) 紛失

(注) 汚れ又は破損を理由として再交付の申請をする場合は、交付を受けている医療受給者証を添付すること。

