

新潟市自立支援医療費（精神通院医療）支給認定事務処理要領

第1 目的

1 目的

この要領は、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（平成17年法律第123号）の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定事務の適正な実施を図るため、以下の法令及び通知等に定めるもののほか、事務処理について必要な事項を定めるものとする。

- （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（以下「法」という。）
- （2） 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「政令」という。）
- （3） 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17年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）
- （4） 自立支援医療費支給認定通則実施要綱，自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱及び自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針（「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。以下「国要綱等」という。）
- （5） 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第35条第1項第1号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年厚生労働省告示第158号。以下「告示」という。）

第2 医療の対象及び医療の範囲

- 1 自立支援医療（精神通院医療）（以下「精神通院医療」という。）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（昭和 25 年法律第 123 号）第 5 条に規定する精神障がい者又はてんかんを有する者で、通院による治療を継続的に必要とする程度の精神障がい（てんかんを含む。）の者とする。

- 2 精神通院医療の範囲は、精神障がい及び当該精神障がい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。

なお、当該精神障がいに起因して生じた病態とは、当該精神障がいの治療に関連して生じた病態や、当該精神障がい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、前段で規定する病態を診療する科以外において行われた医療については、当該医療の対象外とする。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）に基づく医療を優先し当該医療の対象外とする。

- 3 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、障がいの再発を予防するために入院によらない治療を継続する必要がある場合には、対象とする。

第 3 支給認定の申請

- 1 精神通院医療の支給認定の申請は、次の書類により市長へ提出するものとする（申請書等の提出先は、区役所及び地域保健福祉センターとする。以下同じ。）

- (1) 支給認定の新規申請

- ア 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（別記様式第 1 号。以下「支給認定申請書」という。）

- イ 診断書（精神通院医療）（別記様式第 2 号。以下「診断書」という。）

ウ 「重度かつ継続」に関する意見書（別記第３号様式。以下「意見書」という。）

ただし、政令第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において、告示に規定する疾病及び関連保健問題の国際統計分類中Ｆ０，Ｆ１，Ｆ２，Ｆ３，Ｇ４０に分類されることが、イの診断書において確認できないときに限る。

エ 受診者及び受診者との医療保険に加入する者で構成する世帯（以下「世帯」という。）の全員の名前が確認できる被保険者証，被扶養者証，又は組合員証等の写し（以下「被保険者証等の写し」という。）

オ 受診者の属する世帯の所得等の状況（市町村民税の課税状況，生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）による保護（以下「生活保護」という。）を受給しているときの状況及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者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（以下「支援給付」という。）を受けているときの状況，並びに市町村民税非課税世帯については受給者の収入「所得等」の状況）が確認できる証明書など

カ 法第１２条の規定による市長が行う所得の状況等の調査に同意する場合は，同意書（別記様式第４号）

（２） 支給認定の再認定申請（継続申請）

上記（１）の書類と同じ。

ただし、前年に申請を行った際に（１）イに掲げる診断書を提出しており，受診者に病状の変化及び治療方針の変更がない場合は，（１）イに掲げる診断書を添付することを要しない。

（３） 精神障害者保健福祉手帳の新規申請又は更新申請と同時の支給認定の申請

上記（１）の書類と同じ。

なお、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請と精神障害者保健福祉手帳の交付申請を併せて申請するときは、（１）イに掲げる診断書を、新潟市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領別記様式第１号による診断書に代えることができる。

- ２ 現に支給認定を受けている者が、その再認定のために申請するときは、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。
- ３ 支給認定の申請においては、家族等が、その提出について代行することができる。
- ４ １の規定により市長に提出された申請に係る支給認定事務は、申請者の居住地を管轄する区役所において行う。

第４ 居住地特例に関する申請

- １ 市外の障がい者施設等に住所を有する者で、当該施設への入所前に本市に住所を有した者は、第３の１に定める書類により新潟市長へ申請するものとする。

なお、支給認定については、第５の支給認定手続きに準ずる。

- ２ １の規定により市長に提出された申請に係る支給認定事務については、障がい者施設等に入所する前の居住地を管轄する区役所において行う。

第５ 支給認定

１ 支給認定の判定

- （１） 市長は、第３又は第４の規定による申請を受理したときは、診断書を新規申請と再認定申請に区分し、速やかに新潟市こころの健康センター所長（以下「センター所長」という。）に支給認定の適否について判定を求めなければならない。

- （２） センター所長は、支給認定の適否について判定を行い、判定の結果を市長

に通知する。

2 支給認定の決定

(1) 市長は、センター所長の判定結果を受け、速やかに支給認定の適否を決定し法第54条第1項及び第58条第3項並びに政令第29条及び第35条、その他省令及び国要綱等に基づき所得区分の認定を行うものとする。

(2) 市長は、支給することを決定したときは、「自立支援医療受給者証（精神通院）」（別記様式第5号。以下「医療受給者証」という。）を作成し、申請者に交付する。

なお、医療受給者証を、申請者の同意の上、通院する指定自立支援医療機関（以下「指定医療機関」という。）に送付することができる。

(3) 市長は、支給しないことを決定したときは、「支給認定不承認通知書」（別記様式第6号。以下「不承認通知書」という。）をもって申請者に通知するものとする。

(4) 市長は、生活保護又は支援給付を受けている者に対して、医療受給者証を交付することを決定したときは、医療受給者証の写しを、又、医療受給者証を交付しないことを決定したときは、不承認通知書の写しを、申請者の居住地を管轄する福祉事務所に通知する。

(5) 医療受給者証の番号は、再認定申請の場合には、前回承認された受給者番号と同一とする。

(6) 支給認定の有効期間は、新規申請については、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を終期とする。また、再認定の申請については、前回の支給認定の有効期間が終了した翌日を始期とし、始期から1年以内の日を含む月の末日を終期とする。

(7) 市長は、受診者が、やむを得ない事由により、複数の医療機関に通院する必要があると認めたときは、現に通院する医療機関を指定医療機関として複数指

定することができる。

第6 支給認定の変更

1 変更内容及び申請書類

支給認定を受けた者は、支給認定の有効期間内において当該支給認定の内容に変更が生じたときは、変更事項を次の書類により市長へ提出するものとする。

(1) 氏名、住所及び被保険者証の記号、番号等の変更

ア 「自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）」（別記様式第7号）

イ 医療受給者証の原本

ウ 変更後の世帯全員の被保険者証等の写し（被保険者証の変更時のみ必要）

(2) 指定医療機関の変更

ア 支給認定申請書（別記様式第1号）

イ 医療受給者証の原本

(3) 所得区分（月額自己負担上限額）の変更

ア 支給認定申請書（別記様式第1号）

イ 医療受給者証の原本

ウ 変更後の世帯全員の被保険者証等の写し

エ 変更後の市町村民税の課税状況、生活保護又は支援給付を受けているときの状況又は支給認定者本人の収入（所得）等を証明する書類

オ 法第12条の規定による市長が行う所得の状況等の調査に同意する場合は、同意書（別記様式第4号）

カ 重度かつ継続に該当する所得区分に変更する場合で、告示に規定する疾病及び関連保健問題の国際統計分類中F0、F1、F2、F3、G40に分類されることが、支給認定を受けた際に提出した診断書において確認できないと

きは、意見書（別記様式第3号）

2 支給認定の変更日

（1） 氏名、住所及び被保険者証の記号、番号等の変更

市長が変更申請を受理した日から変更するものとする。

（2） 指定医療機関の変更

市長が変更決定を行った日から新たな指定医療機関に変更するものとする。

なお、変更決定を行った日とは、市長が変更申請を受理した日とする。

（3） 所得区分（月額自己負担上限額）の変更

市長が変更することを決定し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する。

なお、変更することを決定した日とは、市長が変更申請を受理した日とする。

ただし、生活保護又は支援給付の開始及び廃止に伴う所得区分の変更については、生活保護又は支援給付の開始日及び廃止日から新たな所得区分に変更するものとする。

（4） 市長は、申請を受理し変更決定を行ったときは、申請者に変更日と変更内容を記した医療受給者証を交付する。

第7 転入による住所変更

これに伴う申請については、次に定める申請書類によるほか、取り扱いについては第5の支給認定に準ずる。

1 申請書類

（1） 支給認定申請書（別記様式第1号）

（2） 新規に作成した診断書（別記様式第2号）又は転入前の居住地で支給認定を受けた際に提出した診断書の写し

（3） 転入前の居住地で交付された医療受給者証の原本または写し

(4) 意見書（別記様式第3号）

ただし、告示に規定する疾病及び関連保健問題の国際統計分類中F0、F1、F2、F3、G40に分類されることが、(2)の診断書において確認できない場合に限る。

(5) 世帯全員の被保険者証等の写し

(6) 世帯の所得等の状況（市町村民税の課税状況、生活保護又は支援給付を受けているときの状況、並びに市町村民税非課税世帯については受給者の収入の状況）が確認できる証明書等

(7) 法第12条の規定による市長が行う所得の状況等の調査に同意する場合は、同意書（別記様式第4号）

2 有効期間

(1) 有効期間の始期

市長が申請を受理した日とする。

(2) 有効期間の終期

ア 新たに作成した診断書による申請

始期から1年以内の日を含む月の末日を終期とする。

イ 転入前の居住地で支給認定を受けた際に提出した診断書の写しによる申請

転入前の居住地の受給者証の有効期間の終期と同一とする。

第8 医療受給者証の再交付

1 医療受給者証を破り、汚し、又は紛失した、支給認定を受けた者は、「自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書」（別記様式8号。以下「再交付申請書」という。）により支給認定の有効期間内において医療受給者証の再交付を市長に申請することができる。

2 市長は、再交付申請書を受理したときは、新たに医療受給者証を交付しなければ

ならない。このとき、有効期間及び受給者番号は、前回承認されたものと同一とする。

なお、再交付する新たな医療受給者証の欄外には「再交付」の印を押印する。

3 支給認定者は、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに市長に返納しなければならない。

4 月額自己負担上限額が設定されている医療受給者証の再交付をするときは、「自己負担上限額管理票」（別記様式9号。以下「管理票」という。）も併せて交付するものとする。

第9 自己負担上限額管理票の取り扱い

1 市長は、負担上限月額が設定された所得区分の支給認定を受けた者について、医療受給者証の交付と併せて管理票を交付するものとする。

（1） 管理票の交付を受けた者は、指定された指定医療機関を受診する際にその票を提示しなければならない。

なお、受診時に管理票の提示がないときには、原則として自己負担額は1割負担とする。

（2） 管理票の提示を受けた指定医療機関は、当該診療日の自己負担額を記載のうえ担当者等の確認印を押印するものとする。

なお、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達したときは、管理票の確認欄に日付と指定医療機関名を記載のうえ、担当者等の確認印を押印するものとする。

（3） 当該月の負担上限月額に達している管理票の提示を受けた指定医療機関は、当該月において支給認定を受けた者から自己負担上限額を超える金額を徴収しないものとする。

第 1 0 未申告者の取扱い

- 1 市町村民税の申告をしておらず、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の提出を求めるものとする。

なお、非課税であることが確認できないときは、所得区分を一定所得以上とみなし、「重度かつ継続」の適用がないものとする。

第 1 1 医療保険未加入者の取扱い

- 1 市長は、支給認定の申請時において、医療保険に未加入の者及び資格を喪失している者がいる場合は、速やかに医療保険の加入手続きを行うよう促すものとする。
- 2 医療保険の加入手続き中の申請については、加入手続きが完了した場合の世帯に準じて取り扱うものとする。
- 3 医療保険の加入手続きを促したにもかかわらず、申請者が医療保険の加入手続きを行わないときは、所得区分は一定以上とみなし、「重度かつ継続」の適用はないものとする。

第 1 2 医療受給者証の返還

- 1 医療受給者証の交付を受けた者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに市長に返納するものとする。
 - (1) 当該支給認定者について医療を受ける必要がなくなったとき
 - (2) 支給認定の有効期間が満了したとき
 - (3) 法第 5 7 条の規定により支給認定の取り消しが行われたとき
 - (4) 前 3 号に掲げる場合のほか、医療受給者証を所持する必要がなくなったとき

第 1 3 支給認定者台帳

- 1 市長は、「自立支援医療費（精神通院医療）支給認定者リスト（台帳）」（別記

第10号様式。以下「支給認定者台帳」という。)を作成し整理しておくものとする。

- 2 支給認定者台帳の「国際疾病分類ICD-10コード」欄には、申請時に提出された診断書の主たる精神障害のICD-10コードを必ず記載するものとする。

なお、新潟市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領別記様式第1号による診断書により支給認定を決定した者については、記載されている病名に対応する国際疾病分類(ICD-10コード)のコードを記載するものとする。

- 3 市長は、支給認定の内容を変更した時は、支給認定者台帳を変更するものとする。
- 4 市長は、支給認定を取り消した者又は支給認定の有効期間の終了により支給認定を受けなくなった者については、支給認定者台帳から削除するものとする。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要領は、平成21年12月1日から施行する。

(診断書の添付の省略)

- 2 第3の1(2)のただしは、平成22年4月1日以降に有効期間が始まる受給者証の継続申請から対象とする。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要領は、令和 2 年 7 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際現にある改正前の別記様式第 1 号，別記様式第 3 号から別記様式第 5 号まで，別記様式第 7 号及び別記様式第 8 号の規定による用紙については，当分の間，これを取り繕って使用することができる。

(施行期日)

- 1 この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際現にある改正前の別記様式第 1 号，別記様式第 2 号，別記様式第 4 号，別記様式第 7 号から別記様式第 9 号の規定による用紙については，当分の間，これを取り繕って使用することができる。

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）									
受診者	フリガナ		年齢	歳	※1 生 年 月 日				
	氏名				年 月 日				
	住所		電話番号						
			個人番号						
受診者が 場合18 歳未満	フリガナ		受診者との 関係		電話番号 ※2				
	保護者氏名								
	保護者住所 ※2		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						
	受診者と同一 保険の加入者		個人番号						
	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			
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									
病状及び治療方針 の変更 ※6		有 ・ 無							
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 年 月 日 新潟市長									

※1 申請内容「新規・再認定・変更（自己負担上限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 継続申請の方（前年の申請の際に診断書を提出している方）のみ○をする。
※7 申請者氏名については、受給者証を利用する者の氏名（18歳未満の場合は保護者の氏名）を記載すること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

市 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（ ）				
今回提出の 診断書の種類	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
前回の有効期限		月額自己負担上限額			
備 考					

診 断 書 (精 神 通 院 医 療)

氏 名			年 月 日生 (歳)
住 所	〒 FまたはG 数字2桁または3桁		
① 病名 (ICDコードは、F00からF99まで又はG40のいずれかを記載してください。)	主たる精神障害	病名 (	) ICDコード □ □ □ □
	従たる精神障害	病名 (	) ICDコード □ □ □ □
	身体合併症		
② 発病から現在までの病歴 (発病状況、治療の経過その他参考となる事項を詳しく記載してください。)	(推定発病時期 年 月 ころ)		
③ 現在の病状、状態像等(治療を中止すれば出現する可能性のある症状を含みます。) (該当する番号を○印で囲んでください。) 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 () 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 () 3 幻覚妄想状態 (1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他 () 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 () 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 () 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) チック・汚言 (6) その他 () 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 () 8 てんかん発作等(けいれん及び意識障害) (1) てんかん発作 (発作型 () 頻度 ()) (2) 意識障害 (3) その他 () 9 精神作用物質の乱用、依存等 (1) アルコール (2) 覚醒剤 (3) 有機溶剤 (4) 鎮静・催眠剤 (5) その他 () (ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他 ()) 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 () 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 () 12 その他 ()			

- ④ 上記③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等を詳しく記載してください。
※病名のICDコードがF4の場合は、生活能力障害の有無に関わる症状を詳しく記載してください。

- ⑤ 現在の治療内容(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 投薬治療(()内に薬剤数を記載してください。)

(1)抗精神病薬() (2)抗鬱薬() (3)気分安定薬() (4)抗不安薬() (5)睡眠薬()
(6)抗てんかん薬() (7)抗認知症薬() (8)抗酒薬() (9)その他()

※()内の薬剤数が3種類以上の場合は薬剤名及び処方した理由を記載してください。

- 2 精神療法等

(1)支持的精神療法 (2)認知行動療法 (3)家族療法・指導 (4)集団精神療法
(5)その他()

- 3 訪問看護指示の有無 (1)有 (2)無

- 4 その他()

- ⑥ 今後の治療方針(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 通院治療を継続する必要がある。
2 通院治療が不要となる可能性がある。
3 入院治療の可能性がある。
4 その他

- ⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 未就学児 2 就学中 3 無職在宅 4 就労((1)正社員 (2)パート (3)その他)
5 居宅介護(ホームヘルプ) 6 共同生活介護(ケアホーム)
7 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)
8 共同生活援助(グループホーム) 9 5～8以外の障害福祉サービス()
10 生活保護 11 精神科デイ・ケア又はナイト・ケア 12 精神科訪問看護・指導
13 その他()

- ⑧ 備考(判定の参考となる事項を記載してください。)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

電 話 番 号

診 療 担 当 科

医師氏名

別記様式第3号

「重度かつ継続」に関する意見書

患者氏名	
住所 〒	年齢

主たる精神障害 (ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)	
① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)	
② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)	
③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)	
④ 気分障害 (F3)	
⑤ てんかん (G40)	
⑥ その他：	(F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴 (精神保健指定医である等 3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

医師氏名

同 意 書

(宛先) 新潟市長

年 月 日

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請にあたり，その認定のため，下記同一保険加入世帯員の住民基本台帳，市民税関係公簿，生活保護受給台帳，保険資格関係公簿等を閲覧することについて同意します。

申請者 住所 新潟市

氏名

(受診者が18歳未満の場合，保護者の氏名を記入してください。)

【同一保険加入世帯員】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員，社会保険は本人と被保険者を記入してください。

	フリガナ 氏 名 (生年月日)	続柄	住 所 個人番号
1	☐ 申請者に同じ	受診者 本人	☐ 申請者住所に同じ
	(年 月 日生)		
2	☐ 申請者に同じ		☐ 受診者住所に同じ
	(年 月 日生)		
3	☐ 申請者に同じ		☐ 受診者住所に同じ
	(年 月 日生)		
4	☐ 申請者に同じ		☐ 受診者住所に同じ
	(年 月 日生)		
5	☐ 申請者に同じ		☐ 受診者住所に同じ
	(年 月 日生)		

※ 同意をいただいた場合でも，課税状況のわかる書類の提出をお願いする場合があります。

..... ここより下の欄には記入しないでください。

市 記 入 欄

	市民税均等割	市民税所得割額	本人所得（合計所得金額+障害年金等） 8 0 万円
1	課税 ・ 非課税	円	以上 ・ 未満 (所得金額)
2	課税 ・ 非課税	円	以上 ・ 未満 (所得金額)
3	課税 ・ 非課税	円	以上 ・ 未満 (所得金額)
4	課税 ・ 非課税	円	以上 ・ 未満 (所得金額)
5	課税 ・ 非課税	円	以上 ・ 未満 (所得金額)

別記様式第 5 号

(表)

自立支援医療受給者証(精神通院)				
公費負担者番号				
自立支援医療受給者番号				
受診者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
合 8 (受診者保護者) のみ記入の場合 1	氏名		続柄	
	住所			
指定医療機関名	病院・診療所			
	薬 局			
	訪問看護事業者			

(裏)

— M E M O —

保険者情報	
被保険者証の記号及び番号	
保険者名	
支給認定内容	
自己負担上限額	
重度かつ継続	
有効期間	
備 考	
	上記のとおり認定する。 交付年月日 新潟市長 印

注 意 事 項
1. この「自立支援医療受給者証(以下、受給者証)」は記載されている指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)で利用でき、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基づく自立支援医療費(精神通院医療)の給付が受けられます。 2. この受給者証は、指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)を利用するときに必ず提示してください。それにより、医療費の負担割合が1割になります。また、一定の所得に満たない者や「重度かつ継続」に該当する者は、月当たりの負担額に上限が設定されます。 3. この受給者証は大切なものですから、紛失等のないよう保管してください。 4. 記載内容に変更が生じた場合や、受給者証を紛失した場合には、速やかに窓口で変更・再交付の手続きを行ってください。変更手続きの際にはこの受給者証が必要となります。 5. この受給者証の有効期間中に、新潟市外への住所変更があった場合には、速やかに転出先の市区町村で手続きを行ってください。 6. 表面に自己負担上限額の記載がある場合は、受診の際に指定医療機関で別紙「自己負担上限額管理票」に日付・医療機関名・自己負担額(当該医療機関での支払額)・月間自己負担額累積額の記載と徴収印の押印を受けてください。 この受給者証の有効期限は1年間です。有効期限が切れる3か月前から、窓口で更新手続き(再認定)が行えます。なお、更新の際に診断書の提出を省略できる場合があります。表面の備考欄を確認のうえ、お問い合わせください。 お問い合わせ先 (新潟市 各区役所 健康福祉課 障がい福祉係)

第 号
年 月 日

支給認定不承認通知書

申請者

様

新潟市長 印

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項の規定による自立支援医療の申請は次により不承認となりま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、障がいではないため
3. その他（ ）

教 示

- 1 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3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、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、新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

別記様式第7号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）

受 診 者	フリガナ					生年月日			
	氏 名					年 月 日			
	住 所								
	個人番号	電話番号							
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ					続 柄			
	氏 名								
	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		年 月 日 から				年 月 日 まで			
変 更 内 容	事 項	変 更 前				変 更 後			
	受診者の氏名，住所， 電話番号又は個人番号								
	保護者の氏名，住所， 電話番号又は個人番号								
	被保険者証の記号及び番 号，保険者名又は受診者 と同一の保険に加入する 者の名前								
備 考									
上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので，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第32条第1項の規定により，届け出ます。									
年 月 日									
新潟市長									
届出者氏名									

注：届出者氏名については，受給者証を利用する者の氏名（18歳未満の場合は保護者の氏名）を記載してください。

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		個人番号	
	住 所			
電話番号				
保 護 者 ※1	氏 名		受診者との続柄	
			個人番号	
	住 所			
再交付申請の理由		1. 紛 失 2. 破 損 3. 汚 損 ※2 4. そ の 他		
上記のとおり自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付を受けたいので，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第３３条第１項の規定により，申請します。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 ※3				
新 潟 市 長				

※1 保護者は申請者が18歳未満の場合のみ記入してください。

※2 再交付申請の理由が破損または汚損の場合は、自立支援医療受給者証を添付してください。

※3 申請者氏名については、受給者証を利用する者の氏名（18歳未満の場合は保護者の氏名）を記載してください。

自己負担上限額管理票

受診者

受給者番号

月額自己負担上限額

円

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]