

自立支援医療(育成医療)について (権限移譲説明会資料)

福岡県福祉労働部 障害者福祉課
平成24年 9月12日

目 次

1 自立支援医療(育成医療)の趣旨	1
2 支給の対象	1
3 申請手続きと支給認定事務	3
4 自立支援医療(育成医療)における自己負担額	5
5 育成医療における世帯の考え方	7
6 支給対象の例示	8
肢体不自由	8
視覚障害	10
聴覚・平衡機能障害	11
音声・言語・そしゃく機能障害	12
心臓機能障害	13
腎臓機能障害	14
小腸機能障害	14
肝臓機能障害	15
その他の内臓障害	16
免疫機能障害	17
7 医療用補装具費の支給認定	18
8 平成25年4月1日をまたぐ場合の有効期間の取り扱いについて	20
9 平成24年度育成医療市町村別支給認定件数	22
10 参考資料	24

1 自立支援医療（育成医療）の趣旨

自立支援医療（育成医療）（以下、「育成医療」という。）とは、児童福祉法第4条第2項に規定する障害児（障害に係る医療を行わないときは将来障害を残すと認められる疾患がある児童を含む。）で、その身体障害を除去、軽減する手術等の治療によって確実に効果が期待できる者に対して提供される、生活の能力を得るために必要な自立支援医療費の支給を行う。

2 支給の対象

支給対象 (次の1～7をすべて満たすこと)	備考
(1) 保護者が住所を有する市町村で申請時に18歳未満の児童	※以下の場合には支給対象外である。 ①入院を必要としない手術 ②内科治療のための入院及び通院(例) 定期検査や経過観察のみのもの、検査入院 ③機能障害がなく、醜形を理由に外形を整えることのみを目的とするもの。 (例) 小耳症で聴力障害がない場合 皮膚疾患で機能障害がない場合等 ④臓器摘出のための手術 (例) 四肢切断術(多指(趾)症は対象)、眼球摘出術、卵巣摘出術等 ⑤悪性新生物、脳腫瘍及び脊髄腫瘍の手術→小児慢性疾患医療費助成制度の対象
(2) 現在機能障害を有する、または放置すると障害をのこすおそれがあると認められること。	
(3) 確実に治療の効果が期待できること	
(4) 治療後に機能回復が見込まれること	
(5) 保険適用である医療であること	
(6) 指定自立支援医療機関で治療すること	県域の指定は福岡県障害者更生相談所で行う。政令市・中核市はそれぞれ指定する。
(7) 市町村民税所得割が23万5千円未満であること	市町村民税所得割が23万5千円以上であっても、「重度かつ継続」に該当すれば対象となる。(平成27年3月31日までの経過的特例)

※自立支援医療(更生医療)とは異なり、身体障害者手帳の所持は問わない。

(1) 育成医療の対象となる育成医療の内容

○指定自立支援医療機関における次に掲げる医療に限る。

○現物支給を行うことが困難な治療用補装具の支給、看護及び移送を除き、原則としてすべて現物支給扱いであり、療養費払いはできない。

○入院時の食事療養費(標準負担額)は支給の対象外である。(生活保護世帯を除く。)

ア 診察
イ 薬剤又は治療材料の支給
ウ 医学的処置、手術その他の治療及び施術
エ 病院また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
オ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
カ 補装具の支給
キ 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。)

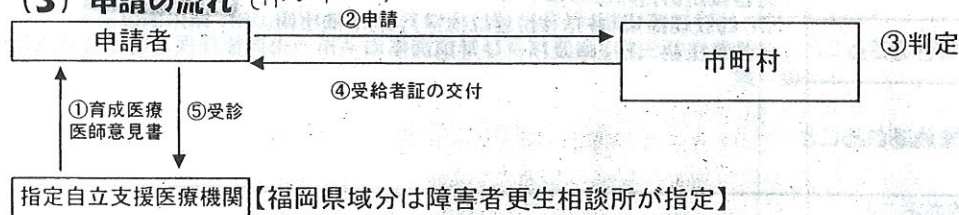
夏休みなど長期の休みの時に
申請が 7/7 まである場合がある

(2) 対象となる疾患等 (詳細は支給対象の例示(P8~P17)参照)

ア 対象となる疾患を障害の種類に分けて示すと下記のとおり。

- 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 肝臓機能障害
- ⑨ その他の内臓機能障害
- ⑩ 免疫機能障害

(3) 申請の流れ (H25.4月~)



(4) 現在行っている事務処理の流れ (参考)

- ① 保健福祉環境事務所で申請受付
- ② 書類の確認
- ③ 福岡県障害者福祉課へ進達
- ④ 審査
- ⑤ システム入力
 - ・交付者名簿
 - ・受給者証
 - ・上限額管理票
 を発行する
- ⑥ 受給者証の内容チェック
申請書と照らし合わせてチェックする。
- ⑦ 起案、決裁
- ⑧ 決裁後、受給者証に公印を押し、保健福祉環境事務所を通じて交付。

(5) 育成医療受給者証の有効期間 (福岡県の場合)

項目	期間
入院	3か月以内
入院及び通院	入院3か月、通院6か月以内
通院 ・肢体不自由に伴う理学療法、補装具療法 ・音声・言語・そしゃく機能障害における矯正治療 (唇顎口蓋裂を除く)	9か月以内
唇顎口蓋裂、人工透析、抗免疫療法	1年以内

3 申請手続きと支給認定事務

(1) 支給の申請及び再認定の申請

事前申請を原則とする。ただし、緊急の手術等で、医療機関から事前に連絡を受けた場合はこの限りではない。
事前の医療機関からの連絡がなく、遅延理由書も添付されていない場合、認定期間は窓口での受付日からとなる。
また、次の場合は対象としていない。

ア 申請時に満18歳に達している場合

イ すでに治療が終了している場合

(2) 必要書類

	必要書類	備考
1	自立支援医療(育成医療)支給認定申請書	
2	自立支援医療(育成医療)意見書	治療開始日から3か月前までに発行されたもの
3	健康保険被保険者証の写し	国保の場合、世帯全員分。社保の場合、本人(被扶養者)及び被保険者分
4	所得課税証明書	転居等で申請市町村で確認できない場合は、前居住地より保護者が取り寄せる。
5	生活保護証明書	生活保護受給中の場合
6	障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当の額を示すもの	非課税世帯で該当者のみ
7	高額療養費支給決定通知の写し等	高額療養費多数回該当の場合
8	特定疾病療養受療受給者証の写し	腎臓機能障害に対する人工透析療法のみ

(3) 申請書類の確認事項

ア 新規申請、再認定、変更申請

1	自立支援医療(育成医療)支給認定申請書 (p24)	・必要項目に全て記載されているか。 ・押印漏れはないか。 ・住所等は住民票等の表記と一致しているか。
2	自立支援医療(育成医療)意見書 (p25)	・意見書の作成医師は、指定医療機関の主たる医師であるか。 ※ 医療機関を指定している自治体(他県の場合も含む)に準拠する。 ・疾病、疾患は「<u>身体障害を有する</u>」又は「<u>身体障害を残す恐れがある</u>」ものか。 ※単なる病気の治療では認定できない。 ・障害の種類に<u>項番号</u>が記入されているか。 (肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、音声・言語・そしゃく機能障害のみ) ・内臓障害については、<u>先天性</u>のものであるか。 (心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓除く) ・治療方針は具体的であるか。(手術の場合は手術名が記載されているか) 修正を依頼する例:根治術をする、加療をする、経過観察、検査入院 など ・通院治療の内容を記載しているか。(通院治療を申請している場合のみ) ・薬局を申請している場合、薬局指定の必要性を記載しているか。 ・治療見込期間は、適切か。 ・治療効果の記載は適切か。 修正を依頼する例:不詳、治療を終了する 等 ・医師意見書の日付は適切か。 (治療開始日当日～治療開始日の3か月前まで) ・医師意見書に押印されているか。

3	健康保険被保険者証の写し	
4	所得課税証明書	原本を提出。ただし、市町村権限移譲後は、課税情報の確認ができる場合は不要。また、寄付金税額控除、住宅借入金等特別控除を受けている場合は控除前の金額を確認する。
5	生活保護証明書	医療扶助の記載があるか。
6	障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当の額を示すもの	
7	高額療養費支給決定通知の写し等	
8	特定疾病療養受療受給者証の写し	

【注意】

※意見書の治療期間の始期より申請日が後である場合は、申請日から認定する。ただし、遅延理由書等がある場合は除く。

イ 記載事項変更(氏名、住所(同一市町村内)、電話番号、保険番号等) (P27)

1	記載事項変更届	
2	変更された事項が確認できる書類	住民基本台帳等で確認できる場合、不要

ウ 紛失再交付 P24の申請書 再発行理由(半分記入)

1	自立支援医療(育成医療)支給認定申請書	
---	---------------------	--

エ 医療機関の変更、薬局等の追加

1	自立支援医療(育成医療)支給認定申請書	
2	自立支援医療(育成医療)意見書	薬局の追加の場合、投薬の必要性にかかる記載があること。

オ 市町村を越えての転入

提出書類は新規申請時と同じ。医師意見書は新たに取得する、もしくは、転出した市町村から取り寄せ、転出した市町村が認定していた有効期間を超えない範囲で支給認定を行う。

転入市町村から転出した市町村へ当該児童に係る情報提供を依頼する場合、その保護者から同意書を徴する。

P30
この取りあつかいは
まだ予定
決定の通知が来たら
県から通知あり

【育成医療受給中に18歳を迎える場合の取り扱いについて】

育成医療は、18歳未満の児童を対象としているが、18歳になる前に支給申請を行い、治療見込期間内に

18歳の誕生日を迎える場合、治療見込期間満了まで育成医療の対象としている。(図1)

※18歳の誕生日前日をもって終了とはしない。

※申請時は18歳未満でも、治療見込期間が18歳を迎えた後の期間である場合、育成医療の対象とはしていない。(図2)

図1 【対象となる事例】

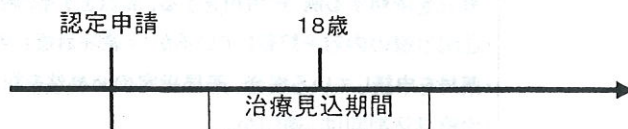
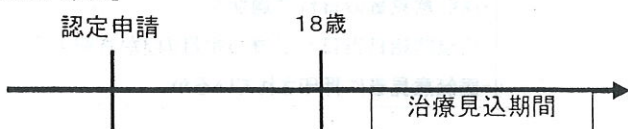


図2 【対象とならない事例】



4 自立支援医療（育成医療）における自己負担額

【通常の医療を受ける場合】

医療保険負担 全体の70%	自己負担 全体の30%
------------------	----------------

【自立支援医療（育成医療）】

医療保険負担 全体の70%	公費による負担 全体の20%	自己負担 全体の10%
------------------	-------------------	----------------

自立支援医療

（1）費用徴収の原則（医療費の1割負担＋入院時の食事療養費）

○自立支援医療（育成医療）は、保険診療における3割の自己負担分のうち2割を公費により負担することで、自己負担を医療費全体の1割とする。

○所得に応じて月の負担上限月額が決められており、その月に自立支援医療で負担した額が上限額まで達した場合は、その月においてはそれ以上の自己負担は発生しない。

（2）費用徴収の例外

①自己負担上限額

法の規定に基づき、図1のとおり住民税（市町村民税）の課税状況に応じた月額自己負担上限額が定められている。

○1か月あたりの自己負担額の累計額が月額自己負担上限額を超えた場合は、当該金額を超えて自己負担額を徴収しない。このため、月ごとの累計額を管理するために、各医療機関は、窓口徴収の際に「自己負担上限額管理票」に記入し、自己負担上限額を超えないように確認する必要がある。

○すでに認定を受けている受給者が他の医療機関において別の疾病の支給認定を受ける等、受給者証が2枚以上交付された場合、同一月は1枚の上限額管理票で月額自己負担上限額を管理する。

②重度かつ継続

「重度かつ継続は、高額な医療を長期間にわたり継続しなければならない者」として、次に掲げるものが対象である。

- ・心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法を行う者）
- ・腎臓機能障害（人工透析療法または腎移植術、腎移植後の抗免疫療法を行う者）
- ・小腸機能障害（継続して中心静脈栄養法を行う者）
- ・肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法）
- ・免疫機能障害
- ・高額療養費多数回該当

※「高額療養費多数回該当」とは、自立支援医療（育成医療）の申請前の（育成医療の対象となる治療のあった月以前の）12か月以内に、医療保険において高額療養費の支給されている月数が、医療保険の世帯として3か月以上ある場合をいう。

③経過的特例措置

上記①及び②について、障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）に基づき、平成27年3月31日までの間、次の経過的特例措置が実施されている。

ア「重度かつ継続」の者については、市町村民税の所得割の額が23万5千円以上の世帯に属する者も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を2万円とする。

イ 育成医療の中間所得層（市町村民税所得割額＜23万5千円）の者については、負担上限月額を市町村民税所得割3万3千円未満の世帯は5千円、市町村民税所得割3万3千円以上23万5千円未満の世帯は1万円とする。

(図1)

所得区分	該当者	負担上限月額	負担上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯 保護者の収入≤80万	2,500円	2,500円
低所得2	市町村民税非課税世帯 保護者の収入>80万	5,000円	5,000円
中間所得 層1	市町村民税課税世帯の 市町村民税(所得割) ＜3万3千円	5,000円 (※)	5,000円
中間所得 層2	市町村民税課税世帯 世帯の市町村民税(所得割) 3万3千円≤所得割＜23万5千円	10,000円 (※)	10,000円
一定所得 以上	市町村民税課税世帯 世帯の市町村民税(所得割) ≤23万5千円以上	自立支援医療対象外 (公費負担対象外)	20,000円(※)

重度かつ継続の場合

(※) 平成27年3月31日までの経過的特例措置

(3) 「世帯」の所得の確認方法

「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市町村民税額で判断する。

ア 国民健康保険以外の医療保険(被用者保険)の場合は、被保険者の市町村民税額で判断する。

イ 国民健康保険者は、同一の世帯において加入している者全員の市町村民税額を確認する。

(祖父母等も国保加入である場合は算定の対象となる。)

ウ 地方税法第314条の7に規定する寄付金税額控除、地方税法附則第5条の4第6項に規定する住宅借入金等特別控除、地方税法附則第5条の4の2第5項に規定する住宅借入金等特別控除を受けている場合は、税額控除を行う前の金額で判断する。

エ 住民税非課税世帯については、医療保険による世帯に関係なく、保護者全員の所得を確認する。

★平成22年度税制改革に伴い、平成23年課税分より以下のとおりとなる。

扶養控除(年少): 33万円 → 廃止

特定扶養控除(16～18歳): 45万円 → 33万円

これらは、市町村民税所得割の額と連動している自立支援医療の負担上限額の決定に影響を与えることとなるが、厚生労働省令に基づき、扶養控除廃止の影響をできるだけ遮断する取扱いをすることとされた。

これを踏まえた実務上の取扱いは以下のとおり。(資料: 旧市町村民税所得割算定シート参照)

控除廃止前の想定市町村民税所得割額＝所得割税額－(0～15歳の扶養人数×330,000＋16～18歳の扶養人数×120,000)×6%

非課税世帯の場合、確認すべき所得の範囲

(1) 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額

→ 総所得金額、退職所得金額、山林所得金額の合計額

(総所得金額: 利子所得、配当所得、不動産所得、事業所得、給与所得、譲渡所得、雑所得、一時所得)

(2) 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

→ 国民年金、厚生年金、共済年金の公的年金

一時恩給以外の年金、過去の勤務により会社などから支払われる年金

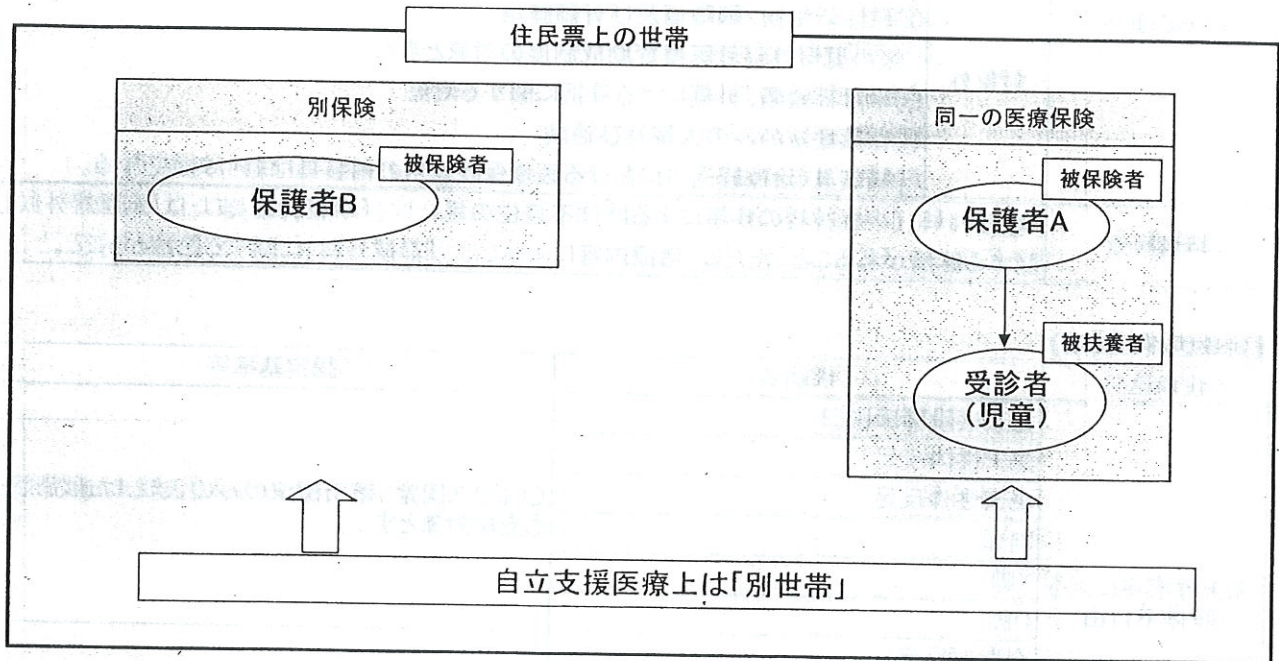
(3) その他厚生労働省令で定める給付

→ 主に障害年金、障害年金給付など

5 育成医療における世帯の考え方

【原則】

- 自立支援医療を受診する者の「世帯」に応じて月額自己負担上限額を決定する。
- 自立支援医療に係る「世帯」は同一保険単位で認定される。
- 税制上の関係や扶養・被扶養の関係は問わない。



自立支援医療における「世帯」の範囲の具体例

下表に表わすA・Bは保護者、Cはその子(受診者)を表す。

健康保険とは、国民健康保険、後期高齢者医療制度以外の全ての医療保険を指す。

○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の所得を確認
B	健康保険においてAの被扶養者	
C	健康保険においてAの被扶養者	

○パターン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の所得を確認 ※非課税世帯の場合はBの所得も確認
B	Aとは別の健康保険において被保険者本人	
C	健康保険においてAの被扶養者	

○パターン3

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の所得を確認
B	国民健康保険の被保険者	
C	国民健康保険の被保険者	

○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の所得を確認 ※非課税世帯の場合はBの所得も確認
B	健康保険において被保険者	
C	国民健康保険の被保険者	

6 支給対象の例示

肢体不自由

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院) ②理学療法(リハビリテーション、マッサージ)(入院及び通院) ③補装具療法(入院及び通院)	
	対象外	①四肢切断術(多指(趾)症は対象) ②悪性新生物、脳腫瘍及び脊髄腫瘍 ※小児慢性疾患医療費助成制度の対象とする。 ③半月板損傷、外傷による骨折に関する治療 ④作業療法のための入院及び通院 ⑤補装具(治療経過中における医療保険適用の補装具は給付対象とする。)
担当医療	「整形外科」(中枢神経の疾患による肢体不自由の場合は、「中枢神経」または「脳神経外科」)に関する医療があること。ただし、治療内容によっては、「形成外科」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
先天性疾患による 肢体不自由	先天性股関節脱臼	○ギブス固定、牽引療法のための入院または通院も支給対象とする。
	先天性内反足	
	先天性外反足	
	斜頸	
	X脚	
	O脚	○歩行障害等の機能障害がある場合も支給対象とする。
	合指(趾)症	
	多指(趾)症	
	絞扼輪	
中枢神経の疾患 による肢体不自由	その他の先天性疾患による肢体不自由	
	水頭症	○シャント手術(シャント入替・再建、カテーテル延長・抜去、ドレナージ等)も対象とする。
	脊髄髄膜瘤(二分頭蓋、脳瘤)	○知的障害またはけいれんのみを機能障害とする場合は支給対象外とする。
	硬膜外血腫	
	硬膜下水腫	
	頭蓋内出血(脳出血)	○脳性麻痺の理学療法・補装具療法では、障害等級の改善が認められる場合、支給対象とする。
	脊髄破裂(二分脊椎)	
	脳性麻痺	
	分娩麻痺	
	末梢性麻痺	○将来に脳出血、クモ膜下出血等を起こし、障害を残すおそれがあるものを支給対象とする。
	脳動静脈奇形	
	その他の中枢神経の疾患による肢体不自由	○頭蓋骨早期癒合症等

疾病区分	疾病名	認定基準等
外傷性疾患による 肢体不自由	変形治癒骨折	○外傷に対する治療の後、何らかの疾病を続発し、機能障害を生じた場合を対象とする。
	拘縮	
	不良肢位強直	
	偽関節	
	弾撥膝	
	熱傷	○拘縮等により機能障害が生じた場合を対象とする。
	その他の外傷性二次性肢体不自由	
骨疾患による 肢体不自由	クル病	
	病的骨折	
	ペルテス病	○牽引療法のための入院または通院も支給対象とする。
	脊椎彎曲(脊椎側彎症)	
	その他の骨疾患による肢体不自由	
関節疾患による 肢体不自由	関節炎	
	拘縮	
	不良肢位強直	
	病的脱臼	
	動揺関節	
	大腿骨頭すべり症	
	その他の関節疾患による肢体不自由	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。
その他の疾患 による肢体不自由	大腿四頭筋拘縮	○腫瘍の部位による運動障害、体幹機能障害等の機能障害があるものが対象
	良性腫瘍	
	血管腫	
	リンパ腫	
	その他の疾患による肢体不自由	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。

視覚障害

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院) ②未熟児網膜症に対する光凝固治療(入院及び通院)	
	対象外	①眼球摘出術 ②補装具(眼鏡、コンタクトレンズなど)
担当医療	「眼科」に関する医療があること。ただし、治療内容によっては、「中枢神経」または「脳神経外科」、「形成外科」、「整形外科」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
視覚障害	眼球癒着	○眼球損傷のおそれのあるものを支給対象とする。
	眼瞼欠損	
	眼瞼内反症	
	眼瞼外反症	
	眼瞼下垂症	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。
	斜視	
	睫毛内反症	
	網膜硝子体出血	
	下斜筋過動症	○その他の角膜疾患で角膜白斑をまねくおそれがあるものも支給対象とする。
	角膜白斑	
	瞳孔閉鎖症	○虹彩毛様体疾患で瞳孔閉鎖症をまねくおそれがあるものも支給対象とする。
	白内障	
	緑内障	
	牛眼	
	未熟児網膜症	○通院による光凝固治療も支給対象とする。
	網膜剥離	
	その他の疾患による視覚障害	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。

聴覚・平衡機能障害

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院)	
	対象外	①補装具
担当医療	「耳鼻咽喉科」に関する医療があること。ただし、治療内容によっては、「形成外科」、「脳神経外科」、「中枢神経」「整形外科」に関する医療があること。	
疾病区分	疾病名	認定基準等
聴覚・平衡機能障害	外耳奇形(外耳道閉鎖)	○難聴等の聴覚障害があり、治療により聴力回復の見込みのあるものを支給対象とする。
	内耳奇形	
	中耳炎後遺症	
	慢性中耳炎	
	滲出性中耳炎	
	真珠腫性中耳炎	
	耳硬化症	○小耳症により耳介形成術を行う場合は、難聴等の聴覚障害があり、治療により聴力回復の見込み(補聴器使用を含む。)のあるものを支給対象とする。
	小耳症	
	耳介奇形	○眼鏡、マスクの装着不可能又は醜形を理由として耳介形成術を行う場合は、支給対象外とする。
	耳瘻孔	○難聴等の聴覚障害があり、治療により聴力回復の見込みのあるものを支給対象とする。 ○感染を理由として治療を行う場合は支給対象外とする。
	その他の疾患による聴覚・平衡機能障害	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。

音声・言語・そしゃく機能障害

申請書
一審期

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院) ②唇顎口蓋裂等に起因する歯科矯正(入院及び通院) ③部分無歯症等に起因する義歯治療(入院及び通院) ④口腔咽喉等の器質的疾患(唇顎口蓋裂等を含む。)に対する言語療法(入院及び通院)
	対象外 ①補装具
担当医療	①手術 「口腔」に関する治療があること。ただし、治療内容によっては、「耳鼻咽喉科」、「形成外科」、「整形外科」に関する治療があること。 ②唇顎口蓋裂等に起因する歯科矯正 「歯科矯正」に関する記載があること。 ③部分無歯症等に起因する義歯治療 「口腔」又は「歯科矯正」に関する医療があること。 ④口腔咽喉等の器質的疾患(唇顎口蓋裂等を含む。)に対する言語療法 「耳鼻咽喉科」に関する医療があること。 ただし、その他の診療科で言語療法を行う場合は、その診療科が指定自立支援医療機関(育成医療)の指定を受けていること。

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
音声・言語・そしゃく機能障害	口蓋裂	○音声・言語・そしゃく機能障害又は哺乳障害があり、治療により回復の見込みのあるものを支給対象とする。 ○醜形を理由として手術を行う場合は、支給対象外とする。
	口唇裂	
	唇顎口蓋裂	
	口唇口蓋裂	
	口唇顎裂	
	巨口症	
	第1・第2鰓弓症候群	○哺乳障害があるものを支給対象とする。
	舌小帯短縮症	
	その他の疾患による音声・言語・そしゃく機能障害	○身体障害者障害程度等級表に掲げる程度の身体上の障害を有するか、将来において同程度の障害を残すと認められる場合は支給対象とする。

心臓機能障害

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院) ②心臓移植後の抗免疫療法(重度かつ継続該当)とこれに伴う医療	
	対象外	①心臓カテーテル法による諸検査等のための検査入院 ②内科的治療のための入院及び通院 ③補装具
担当医療	心臓疾患に対する手術は「心臓脈管外科」、心臓移植術は「心臓移植」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
心臓機能障害	心室中隔欠損症(VSD)	①心臓移植術も支給対象とする。 ②次の手術も支給対象とする。 ・ペースメーカー移植術 ・ペースメーカー交換術(電池交換を含む。) ・経皮的冠動脈形成術 ・経皮的冠動脈血栓切除術 ・経皮的冠動脈ステント留置術 ・血管カテーテルを用いたボタロー管開存閉鎖術 ・経皮的カテーテル心筋焼灼術(カテーテルアブレーション)
	心房中隔欠損症(ASD)	
	動脈管開存症	
	心内膜床欠損症	
	大血管転移症	
	肺動脈狭窄(PS)	
	肺静脈還流異常	
	大動脈縮窄症	
	三尖弁狭窄症	
	大動脈弁狭窄症	
	僧帽弁閉鎖不全症	
	肺動脈弁狭窄症	
	刺激電動系疾患(完全房室ブロック)	
	総動脈幹症	
	大動脈弁閉鎖不全症	
	大動脈狭窄症	
	肺動脈閉鎖	
	ファロー四徴症	
	その他の疾患による心臓機能障害	

腎臓機能障害（重度かつ継続該当）

支給の範囲	①腎移植術（入院及び術後通院） ②腎移植後の抗免疫療法とこれに伴う医療 ③透析療法（入院及び通院）	
	対象外	①腎移植術以外の手術（「その他の内臓障害」の支給対象とする。） ②検査入院 ③内科的治療（透析療法及び抗免疫療法を除く。）のための入院及び通院 ④補装具
担当医療	①腎移植術 「腎移植」に関する治療があること。 ②透析療法 「腎臓」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
腎臓機能障害	慢性腎炎	○腎移植術又は透析療法を行うものを支給対象とする。
	腎不全	
	その他の疾患による腎臓機能障害	

小腸機能障害（重度かつ継続該当）

支給の範囲	①中心静脈栄養法及びこれに伴う医療（入院及び通院） ②「これに伴う医療」の範囲 （1）中心静脈カテーテル留置に関連した合併症に対する医療 （2）微量物質の栄養障害、肝障害等その他の代謝異常に対する医療 （3）胆石症等の合併症に対する手術	
	対象外	①中心静脈栄養法以外の手術（「その他の内臓障害」の支給対象とする。ただし、手術後に、継続して中心静脈栄養法による治療が必要な場合は「小腸機能障害」に該当する場合がある。） ②補装具
担当医療	「小腸」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
小腸機能障害	短腸症候群、小腸欠損、小腸閉鎖症による小腸機能障害	○継続して中心静脈栄養法を行うものを支給対象とする。（先天性、後天性を問わない）

肝臓機能障害

支給の範囲	①肝臓移植術	
	②肝臓移植後の抗免疫療法(重度かつ継続該当)とこれに伴う医療	
対象外	①内科的治療のための入院及び通院	
	②補装具	
担当医療	「肝臓移植」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
肝臓機能障害	胆道閉鎖症	
	アラジール症候群	
	先天性代謝性肝疾患	
	肝硬変	
	劇症肝炎	
	その他の肝臓機能障害	

その他の内臓障害

支給の範囲	①手術(入院及び術後通院) ②排便訓練・ストマ(人工肛門)ケア(鎖肛。巨大結腸症に起因するものに限る。)(入院及び通院)	
	対象外	①腎摘出術、睾丸摘出術、卵巣摘出術等の臓器摘出術 ②後天性疾患(呼吸器、膀胱、直腸及び小腸機能障害を除く。) ③後腹孔、頸嚢胞、臍ヘルニア、陰嚢水腫、睾丸水腫、イレウス、痔瘻に関する医療 ④補装具 ⑤胃ろう、腸ろう(機能回復を目的としないもの)
担当医療	指定自立支援医療機関であって、治療内容によって、医療法の標榜診療科として「外科」、「泌尿器科」等があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
呼吸機能障害	気道(気管)狭窄	
	気道(気管)軟化症	○気管切開術、気管切開孔閉鎖術も支給対象とする。
	漏斗胸	
	肺嚢胞症	
	気胸	
	扁桃腺肥大	○気道閉鎖に伴う右心肥大のある場合を支給対象とする。
	アデノイド増殖症	
	その他の疾患による呼吸機能障害	
膀胱機能障害	膀胱外反症	
	膀胱奇形	
	その他の疾患による膀胱機能障害	
直腸機能障害	鎖肛	○人工肛門造設術、人工肛門閉鎖術、排便訓練及びストマケアも支給対象とする。
	直腸瘻	
	その他の疾患による直腸機能障害	
小腸障害	短腸症候群、小腸欠損、小腸閉鎖症	
消化器機能障害	食道閉鎖	○食道ブジー法(処置)のみを行う場合は支給対象外とする。
	肥厚性幽門狭窄	
	消化管閉鎖(腸閉塞)	
	巨大結腸症(ヒルシュスプルング症)	○人工肛門造設術、人工肛門閉鎖術、排便訓練及びストマケアも支給対象とする。
	腸回転異常	
	そけいヘルニア	○嵌頓を起こし、緊急手術を行う場合を支給対象とする。
	横隔膜ヘルニア	
	臍帯ヘルニア	
	胆道閉鎖症	
	胆道拡張症(総胆管嚢腫)	○肝移植術は肝臓機能障害の支給対象とする。
	その他の先天性疾患による消化管機能障害	

腸癌
 カン
 からの
 緊急の
 TEL=29
 申請が99...

疾病区分	疾病名	認定基準等
先天性腎・泌尿器障害	膀胱尿管逆流症(VUR)	
	尿道下裂	
	尿道閉鎖	
	真性包茎	○排尿障害、性交不能等の障害(の可能性)がある場合は支給の対象となる。 ○仮性包茎は支給対象外である。
	その他の先天性疾患による腎・泌尿器障害	
その他の先天性内臓疾患	停留精巣(睾丸)	○造精機能障害、妊孕性障害(の可能性)があるものを支給対象とする。
	その他の先天性疾患による内臓障害	○卵巣疾患等

免疫機能障害

(重度かつ継続に該当)

支給の範囲	①HIV感染に関する治療(入院及び通院)	
	対象外	①HIV感染以外の免疫機能障害に対する医療 ②補装具
担当医療	「免疫」に関する医療があること。	

【対象医療の例示】

疾病区分	疾病名	認定基準等
免疫機能障害	HIV感染症	

7 医療用補装具費の支給認定

育成医療受給中の児童が、治療経過中に医療保険が適用となる補装具を必要とする場合は、指定自立支援医療機関の医師の意見を付した医療用補装具申請書及び下記の書類を提出した場合、その費用の一部を受給する。
(保険給付分は保護者が加入している医療保険により支払われる。)

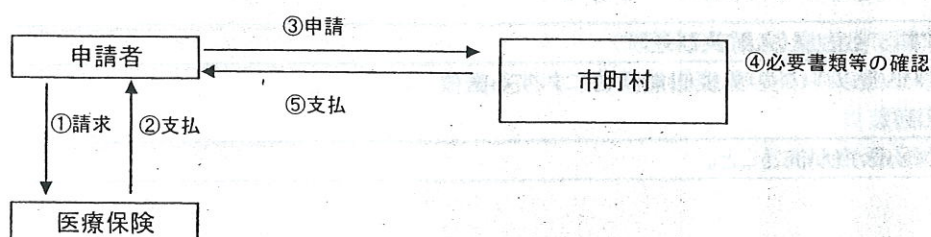
(1) 支給対象となる補装具

肢体不自由にかかる補装具のみを支給対象とする。

※義眼、眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器等、肢体不自由以外の補装具は支給の対象外とする。

※肢体不自由にかかる補装具であっても、杖、義肢、義足、車いす等の補装具は支給の対象外とする。

(2) 医療用補装具費請求の流れ



(3) 必要書類

	種類	注意事項及び確認事項
1	医療用補装具(決定書)申請書 (ㇷㇿ)	○指定医の記載及び押印、保護者の記載及び押印があること。
2	医証	
3	装具証明書	○指定医の記載及び押印があること。
4	見積書	○業者が発行した原本が添付されていること。
5	請求書	○『補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定に要する基準』で金額を確認すること。
6	領収書	
7	自立支援医療受給者証の写し	
8	当該月の自己上限額管理票の写し	○補装具作成月の支払い額が確認できるもの。
9	療養費支給決定通知書	○医療保険からの支払決定通知書原本が添付されていること。 ○医療保険での診療対象年月が確認できるもの。
10	通帳の写し	口座番号が確認できるもの。

(4) 医療用補装具支給額の計算方法

医療用補装具代金(A)から医療保険の給付金額(B)を引き、その残額(=医療保険上の自己負担額)から自立支援医療の自己負担額(C)(1割または負担上限月額に達するまでの額)を差し引いて、受給者に支給する。

医療用補装具代金(A)		
医療保険の給付金額 (B)	自己負担 額 (C)	支給額
7割 支給額は残額の1割	8割	

【計算例】

医療用補装具代金(A)	77,250 円
医療保険の給付金額(医療保険給付決定額の金額)(B)	54,075 円

①受給者の自己負担上限月額が10,000円であり、医療用補装具装着月の入院、通院の自己負担額が6,500円の場合
自立支援医療における医療用補装具の自己負担額は、補装具代金の1割となり、
 $77,250円 \times 0.1$ (10円未満四捨五入) = 7,730円となる。

ただし、入院、通院時の自己負担額があるため、自己負担額(C)は
月額自己負担上限額10,000円 - 6,500円 = 3,500円

→支給額 = (A) - (B) - (C) = 77,250円 - 54,075円 - 3,500円 = 19,675円

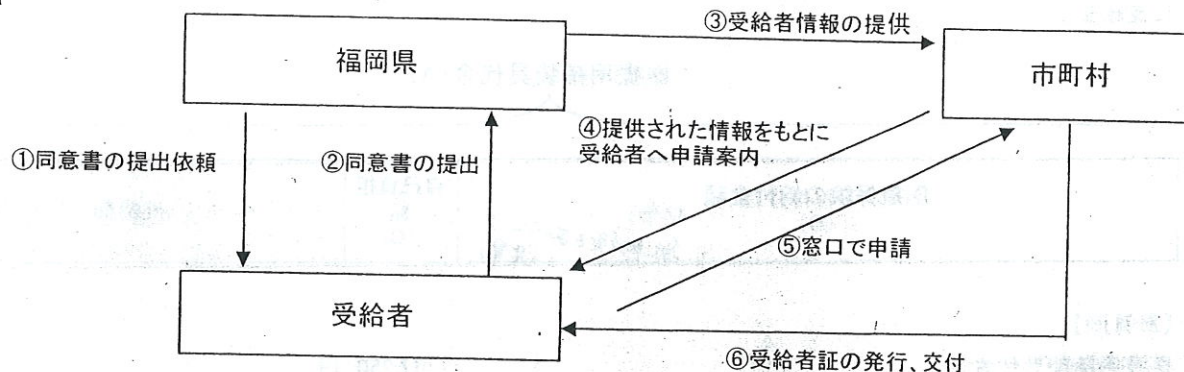
②受給者の月額自己負担上限額が5,000円で、医療用補装具装着月の入院、通院の自己負担額が5,000円の場合
自己負担額(C)は入院、通院において上限額まで達しているため、発生しない。

→支給額 = (A) - (B) - (C) = 77,250円 - 54,075円 - 0円 = 23,175円

8 平成25年4月1日をまたぐ場合の有効期間の取り扱いについて

(別添(1)の場合)

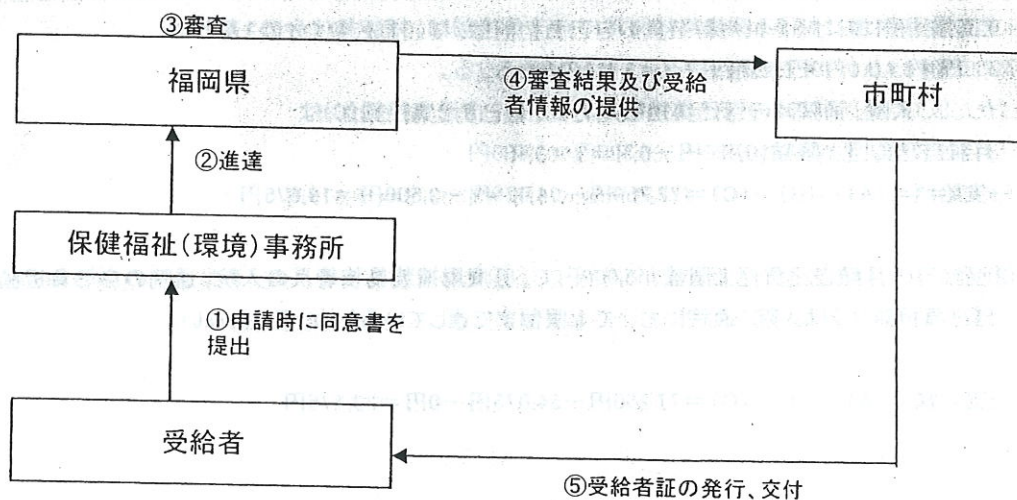
22



(別添(2)の場合)

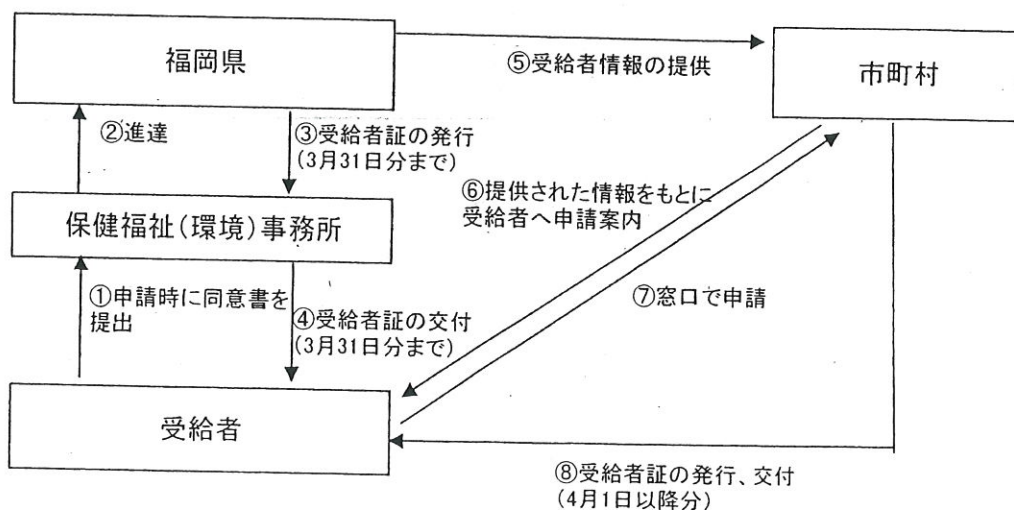
22

H25.4.1 直前に
申請がなされた場合は
市町村に
直接送付



(別添(3)の場合)

22



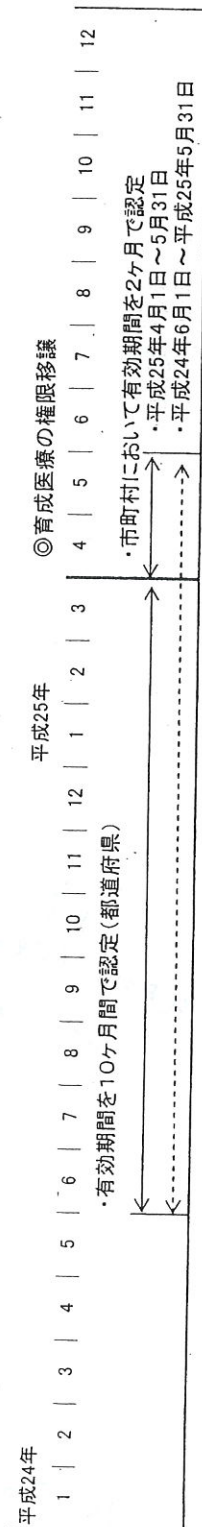
※「同意書」とは、県申請時に添付した関係書類を市町村に情報提供することに関する同意書を指す。

(別添)

自立支援医療(育成医療)の権限移譲に伴う支給認定有効期間及び申請時期について

(1) 平成25年4月1日以降も治療を必要とする期間であるが、支給認定有効期間を平成25年3月31日までとしていた場合

○平成25年4月1日以降の残り2ヶ月間を有効期間とする場合(残りの有効期間を引き継ぐ場合)

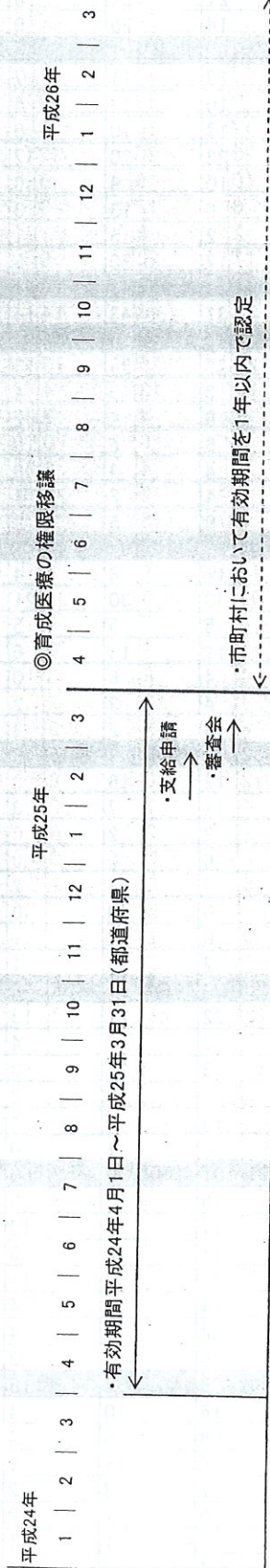


注1) 都道府県が審査会において治療が必要とした期間(12月)のうち、権限移譲前の支給認定有効期間10ヶ月を都道府県、残りの期間2ヶ月を権限移譲先が有効期間として認定。

注2) 点線の期間は、権限移譲に関係なく治療に必要な期間。

(2) 支給認定有効期間が平成25年3月31日に終了し、引き続き自立支援医療(育成医療)の支給を受ける必要がある場合

○平成25年4月1日以降も引き続き自立支援医療(育成医療)を支給を受ける場合

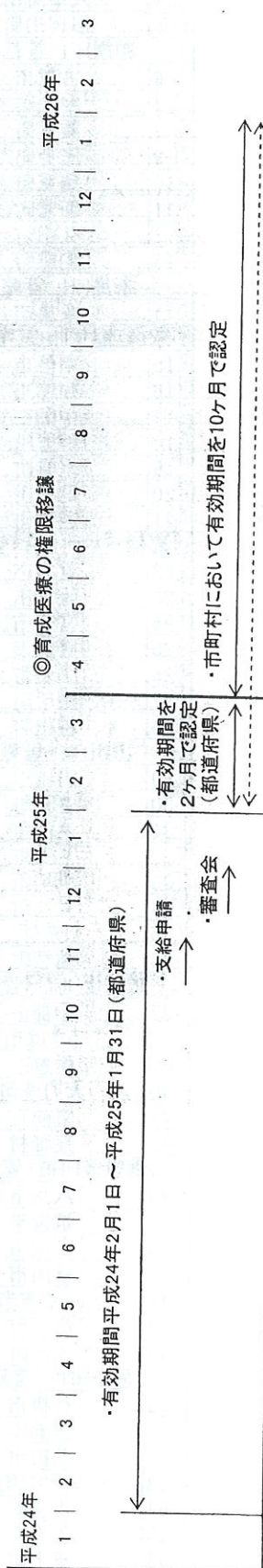


注1) 点線の期間は、市町村長が受給者証の交付の有効期間。

注2) 新規申請の場合の取扱いは同様とすること。

(3) 支給認定有効期間が権限移譲前に終了し、引き続き自立支援医療(育成医療)の支給を受ける必要がある場合

○平成25年2月1日以降も引き続き自立支援医療(育成医療)を支給を受ける場合



注) 点線の期間は、権限移譲に関係なく治療に必要な期間。

◎ H21～24年度 育成医療市町村別支給認定集計表
(後日取り下げになったものも含む)

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25 4/1～
大牟田市	32	29	33	14	9
筑紫HHE 管轄	128	129	153	65	28
1 筑紫野市	32	25	26	15	9
2 春日市	29	31	40	25	7
3 大野城市	25	38	34	8	5
4 太宰府市	25	21	28	8	3
5 那珂川町	17	14	25	9	4
粕屋HH 管轄	80	102	101	44	13
6 古賀市	11	17	11	7	3
7 宇美町	12	10	13	5	2
8 篠栗町	13	17	10	5	2
9 志免町	14	23	20	12	1
10 須恵町	7	10	9	6	2
11 新宮町	6	6	13	3	0
12 久山町	2	2	5	1	0
13 粕屋町	15	17	20	5	3
糸島HH 管轄	43	31	43	14	5
14 糸島市	43	31	43	14	5
宗像・遠賀HHE 管轄	70	71	60	24	5
15 宗像市	35	27	26	13	3
16 福津市	10	13	13	4	0
17 中間市	6	8	4	2	0
18 芦屋町	2	6	6	0	0
19 水巻町	4	4	4	2	0
20 岡垣町	4	4	2	1	0
21 遠賀町	9	9	5	2	2
嘉穂・鞍手HHE 管轄	87	87	67	41	21
22 直方市	11	14	8	4	1
23 飯塚市	40	43	30	21	11
24 宮若市	6	5	5	5	2
25 嘉麻市	11	11	13	6	5
26 小竹町	5	4	6	0	0
27 鞍手町	9	4	3	2	0
28 桂川町	5	6	2	3	2
田川HH 管轄	29	32	33	15	8
29 田川市	13	12	16	8	3
30 香春町	7	4	7	3	3
31 添田町	1	2	2	0	0
32 糸田町	0	6	0	0	0
33 川崎町	5	6	3	2	1
34 大任町	0	0	0	0	0
35 赤村	0	0	2	1	0
36 福智町	3	2	3	1	1
北筑後HHE 管轄	64	70	64	36	25
37 小郡市	19	22	21	13	7
38 うきは市	7	7	7	4	2
39 朝倉市	27	23	25	13	11
40 大刀洗町	5	5	2	2	1
41 筑前町	6	13	8	4	4
42 東峰村	0	0	1	0	0
南筑後HHE 管轄	106	101	100	50	36
43 八女市	18	15	13	9	7
44 筑後市	21	17	18	13	9
45 大川市	16	11	18	6	4
46 柳川市	27	27	27	11	8
47 みやま市	15	14	12	4	4
48 広川町	5	8	9	4	2
49 大木町	4	9	3	3	2
京築HHE 管轄	50	38	32	13	3
50 行橋市	20	16	10	4	1
51 豊前市	11	8	6	4	1
52 苅田町	11	6	8	1	0
53 みやこ町	3	2	3	2	0
54 吉富町	1	0	1	0	0
55 上毛町	0	2	1	1	0
56 築上町	4	4	3	1	1
合計	689	690	686	316	153

P20の(1)に
該当の人数

重複
筑紫野市 障害者 11/14の人数でいい？
しつていっている。

京大学前の子は何件
くらゐ？

◎ H21～24年度 自立支援医療(育成医療)支給認定件数(後日取り下げになったものも含む)

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
新規発行				
筑紫	128	129	153	65
粕屋	80	102	101	44
糸島	43	31	43	14
宗像・遠賀(分庁舎)	70	71	60	24
嘉穂・鞍手(分庁舎)	87	87	67	41
田川	29	32	33	15
北筑後(分庁舎)	75	70	64	36
南筑後(分庁舎)	95	101	100	50
京築	50	38	32	13
大牟田	32	29	33	14
新規発行計	689	690	686	316
再発行				
筑紫	4	2	4	2
粕屋	4	0	1	3
糸島	3	0	2	0
宗像・遠賀(分庁舎)	1	1	1	1
嘉穂・鞍手(分庁舎)	2	5	3	1
田川	2	1	0	0
北筑後(分庁舎)	8	0	1	5
南筑後(分庁舎)	1	1	0	0
京築	2	0	1	0
大牟田	1	0	0	0
再発行計	28	10	13	12
合計	717	700	699	328

【所得区分】

	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
新規発行				
生活保護	10	19	21	9
低所得1	48	58	51	23
低所得2	34	35	38	14
中間所得1	190	187	166	78
中間所得2	406	387	410	191
重継(中間1)	0	1	0	1
重継(中間2)	1	3	0	0
重継(一定以上)	0	0	0	0
新規発行計	689	690	686	316
再発行				
生活保護	0	2	1	1
低所得1	7	1	3	2
低所得2	0	0	0	0
中間所得1	10	2	3	4
中間所得2	11	5	6	5
重継(中間1)	0	0	0	0
重継(中間2)	0	0	0	0
重継(一定以上)	0	0	0	0
再発行計	28	10	13	12
合計	717	700	699	328

※ ただし、H24年度については、8月末日現在の支給認定件数

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書									
〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕 ※1									
障害者・児	フリガナ 受診者氏名			性別	男	女	年齢	歳	生 年 月 日 明治・大正 昭和・平成
	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 ※5	該当 非該当
	障害年金等 ※4	無	有（種類： ）						
身体障害者手帳番号				特定疾病療養受療証の有無		有	無	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）種別には、病院、薬局、訪問看護を記入してください。	医療機関名			所在地、電話番号					
受給者番号 ※6				既存の受給者証の有効期限 ※6		年 月 日			
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 印 ※7									
平成 年 月 日 福岡県知事 殿									

※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）・他県からの転入・再発行（理由を記載すること）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 ※3で低1・低2に該当する場合のみ記入。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）

※5 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※6 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入。

※7 申請者氏名については、記名押印（印鑑は2枚全てに押すこと）又は自筆による署名のいずれかとする。

注）申請の際は、意見書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

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	市町村住民税課税証明書 市町村住民税非課税証明書 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		

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				
下記の障害を（有している）・（障害を残す恐れがある）。 ※いずれかに○をつける。									
障害の種類 裏面の別表4を参照し、該当するものに○をつけ、（－）のあるものには、該当する項番号を記入する。	(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									
治療後における障害の回復状況の見込									
治 療	治療見込期間	手術予定日 平成 年 月 日							
		入院治療期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日) 日間							
		通院治療回数並びに期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日) 日間 回							
		訪問看護予定回数並びに期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日) 日間 回							
		通算 日間							
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円 } 計 円							
移送費見込額		円							
医療費及び移送費合計額		円							
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									

保健福祉環境事務所用

公費負担者番号

公費負担者医療
の受給者番号

医療用補装具(決定書)申請書

本人氏名		生年月日	年 月 日	住所	TEL ()
補装具 名称			補装具の 見積額		
希望する補 装具業者の 名称			左の所在地		
治療を受け ている医療 機関			指定医師名	印	
補装具を必 要とする指 定医師の意 見			保険の種類	健 保 国 保 生 保	
			入院通院の別	入 院 通 院	
記載年月日 年 月 日					
上記のとおり見積書を添え申請します。 平成 年 月 日 保護者の住所 氏 名 印 福岡県知事 殿					
補装具類	円	保険控除額	円		
公費負担額	円	自己負担額	円		
上記のとおり決定します。 平成 年 月 日 福岡県知事 印					

保健福祉環境
事務所受付印

様式第13号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療・更生医療・精神通院)

受 診 者	フリガナ							性別	生年月日			
	氏 名							男 ・ 女	明治 大正 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												
受給者証の有効期限		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 (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名)											
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号											
備 考												
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内容の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿												

※ 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。

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号		1 6 4 0 6 0 1 9		重度かつ継続	
自立支援医療費 受給者番号					
受 診 者	フリガナ 氏 名			性別	生年月日
	住 所				
	被保険者証の 記号及び番号			保険者	
保 護 者	フリガナ 氏 名			続柄	
	住 所				
指 定 医 療 機 関 名	区 分 ・ 名 称		所在地・電話番号		
	病院・診療所				
自己負担上限額		月額 円			
有効期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
公費負担の対象 となる障害				特定疾病療養受療証	
医 療 の 具 体 的 方 針					
上記のとおり認定する。 福岡県知事 小 川 洋 平成 24 年 月 日					

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消しを訴えることができます。

○なお、②の訴えは、異議申立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※ 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療証を医療機関窓口に提出してください。

同意書

福岡県知事 殿

私は、下記旧住所から貴県に転入したので、旧住所で承認されていた障害者自立支援医療（育成医療）の有効期間を、引続き承認されるよう申請します。

よって、この申請のために必要な、旧住所自治体に提出した障害者自立支援医療（育成医療）対象児童についての「医師の診断書」の提供を、貴県が旧住所自治体に依頼し、それを収受することに同意します。

なお、この手続きには相応の時間を要すること、貴県の依頼に対し旧住所自治体が回答を拒んだ場合には、今後受診予定の医療機関より新たに診断書を得て新規申請を行うことを承知します。

平成 年 月 日

申請者氏名

印

対象児童名

生年月日

年 月 日

新住所

転出入日

旧住所

旧医療機関

（※医療機関そのものに変更のない場合も記入してください。）

旧受給者証番号

（※控え等から、分かる場合には記入ください。）

育成医療判定チェックシート

【申請者データ】

申請者名				
保健所	筑紫 粕屋 糸島 宗像 遠賀 嘉穂・鞍手	田川 北筑後 南筑後 京築 大牟田市		
健康保険	社会保険 国民健康保険 生活保護			
保健所受付日	年 月 日			
当課受付日	年 月 日			
申請区分	新規 再登録 継続			

【受給者証登録内容】

認定の可否	認定 不認定			
入外区分	入院 通院 入院			
所得区分	①市町村民税(所得割)世帯合計		円	
	※①が0円の場合	②市町村民税(均等割)の課税状況	有	無
	※②が「無」の場合	③保護者の収入金額	円	
	生保	低所得	中間所得	一定所得以上
有効期間	A	B1 B2	C1 C2	D
	医師意見書の治療見込期間とおり			
	医師意見書の治療見込期間とは異なる			
	入院	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
通院	年 月 日 ~ 年 月 日			

※所得区分と負担上限月額

所得区分	判定基準	負担上限月額	負担上限月額 (重度かつ継続)
生活保護	生活保護世帯	0円	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯 (保護者の収入80万円未満)	2,500円	2,500円
低所得2	市町村民税非課税世帯 (保護者の収入80万円以上)	5,000円	5,000円
中間所得層	中間所得層1 市町村民税課税世帯 (世帯の市町村民税所得割 合計額が3万3千円未満)	5,000円	5,000円
	中間所得層2 市町村民税課税世帯 (世帯の市町村民税所得割 合計額が3万3千円以上23万5千円未満)	10,000円	10,000円
一定所得以上	市町村民税課税世帯 (世帯の市町村民税所得割 合計額が23万5千円以上)	自立支援医療対象外 (公費負担対象外)	20,000円

※ 保護者の収入

⇒以下(1)~(3)の金額の合算額(保護者が2人いる場合は高い額)

(1)地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額
一 総所得金額、退職所得金額、山林所得金額の合計額
(総所得一利子所得、配当所得、不動産所得、事業所得、給与所得、譲渡所得、雑所得、一時所得)
(2)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
一 国民年金、厚生年金、共済年金などの公的年金、
一時退給以外の退給、過去の勤務により会社などから支払われる年金
通称退職年金契約による年金など
(3)その他厚生労働省令で定める給付
一 主に障害年金、障害保障給付など

※ 有効期間

項目	期間
唇顎口蓋裂、人工透析、抗HIV療法	1年以内
入院のみ	3か月以内
入院	入院3か月 通院6か月 以内
通院のみ	9か月以内

ただし、次の場合は下記のとおりとする。

意見書の治療見込期間の初日より、HHEの受付日が遅い場合 (遅延理由書等がある場合は除く)	HHEの受付日を 有効期間初日とする。
意見書の治療見込期間の終日が、平成25年3月31日より後の日	有効期間末日を 平成25年3月31日とする。

育成医療判定チェックシート

4) 生活保護証明書

NO	チェック項目	チェック
1	保護内容に「医療扶助」が含まれているか。 ※含まれていない場合、健康保険の有無を確認	☐

5) 医師の意見書

NO	チェック項目	チェック
1	意見書の作成医師は、指定医療機関の主たる医師であるか。 ※ 医療機関を指定している自治体(他県の場合も含む)に準拠した取扱いとす。	☐
2	疾病、疾患は「身体障害を有する」又は「身体障害を残す恐れがある」ものか。 ※単なる病気の治療では認定できない。	☐
3	障害の種類に項番号が記入されているか。 (肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、音声・言語、そしゃく機能障害のみ)	☐
4	内臓障害については、先天性のものであるか。 (心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓除く)	☐
5	治療方針は具体的であるか。(手術の場合は手術名が記載されているか) ×→根治術をする、加療をする、経過観察、検査入院 など	☐
6	通院治療の内容を記載しているか。(通院治療を申請している場合のみ)	☐
7	薬局を申請している場合、薬局指定の必要性を記載しているか。 治療見込期間は、規定の範囲内か。	☐
8	項目	期間
	唇顎口蓋裂、人工透析、抗HIV療法	1年
	入院のみ	3か月
	入院及び通院	入院3か月、通院6か月
	通院のみ	9か月
9	治療効果の記載は適切か。 ×→不詳、治療を終了する 等	☐
10	意見書の日付は適切か。 (治療開始日当日～治療開始日の3か月前まで) ※意見書の治療開始日より申請日が後である場合は、申請日から認定する。 ただし、遅延理由書等がある場合は除く。	☐
11	意見書に押印されているか。 ※押印が漏れている場合、HHE等の控えに押印があれば修正不要	☐

※ 意見書の修正について
病名、医療の具体的方針、回復状況の見込み、意見書の日付 ⇒ 医師による修正が必須
上記以外⇒医療機関了解のもと、当該で修正可

備考

1) 必要書類の確認

NO	チェック項目	チェック
	必要な書類がそろっているか	☐
	○ 申請書	☐
	○ 医師の意見書	☐
	○ 健康保険証の写し(生活保護以外) (社保)本人(被扶養者)と被保険者が判明できること (国保)同一国民健康保険加入者全員が判明できること	☐
	○ 課税証明書 (社保)被保険者分のみでOK。 ただし、非課税世帯である場合は保護者2人分が必要。 (国保)就学年齢の者を除く、同一保険加入者全員分が必要 ※祖父父母や18歳以上の子等も含まれる。	☐
1	○ 生活保護を証明する書類(生活保護のみ)	☐
	○ 住民票の写し ※他の書類で、次に掲げる項目が判明できれば省略可 (社保)本人と被保険者の氏名、生年月日、性別、住所 (国保)同一国民健康保険加入者全員の氏名、生年月日、性別、住所	☐
	○ 障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害者福祉手当、障害児福祉手当、経過福祉手当の額を示すもの(非課税世帯で該当者のみ)	☐
	○ 高額療養費支給決定通知の写し等、支給されたことを示すもの。 (高額療養費多数該当の場合で、重度かつ継続の適用を希望する者のみ)	☐
	○ 特定疾病療養受療給付証の写し(腎臓機能障害に対する人工透析療法のみ)	☐

2) 申請書

NO	チェック項目	チェック
1	必要項目に記載されているか。	☐
2	押印漏れはないか。	☐
3	※押印が漏れている場合、HHE等の控えに押印があれば修正不要 住所等は住民票等の表記と一致しているか。	☐

3) 課税証明書(生活保護除く)

NO	チェック項目	チェック
1	課税証明書の年度は正しいか。 (有効期間の開始日が1月～6月⇒昨年度、7月～12月⇒今年度) 例:平成23年2月⇒平成22年度、平成23年7月⇒平成23年度	☐
2	必要な課税証明書はそろっているか。 (社保)被保険者分のみでOK。 ただし、非課税世帯である場合は保護者2人分が必要。 (国保)就学年齢の者を除く、同一保険加入者全員分が必要 ※祖父父母や18歳以上の子等も含まれる。	☐
3	課税状況や収入状況が判明できるものか。	☐
4	住宅控除の有無が判明できるか。 ※住宅控除の有無が所得区分に影響しない場合は、省略可	☐

書類チェック完了日

年 月 日

旧市町村民税所得割額計算シート

扶養対象となる人数、および住民税決定通知書等に記載される市町村民税所得割額を記入するだけで、扶養控除廃止前の想定住民税額を算出することができます。

1. 扶養対象人数を記入してください。

0～15歳	2
16～18歳	0

2. 住民税決定通知書等から市町村民税所得割額を記入してください。

税額	242,520	※税額控除を考慮しない制度の場合は、税額控除差し引き前の税額を記入
----	---------	-----------------------------------

【自動計算項目】	
計算式：税額－(0～15歳の扶養人数×330,000＋16～18歳の扶養人数×120,000)×6%	

242,520	－(	2	×330,000	＋	0	×120,000)×6%＝	202,920
---------	----	---	----------	---	---	---------------	---------

3. 基準となる控除廃止前の想定市町村民税所得割額は下記のとおりです。

控除廃止前 想定市町村民税所得割額	202,920
----------------------	---------

【例】

医療保険の被扶養者(父)の市町村民税所得割額	184,000 円
住宅借入金特別控除額	58,520 円
住宅借入金特別控除前の市町村民税所得割額	242,520 円
16歳未満扶養対象人数	2 名

→ 控除廃止前想定市町村民税所得割額 202,920 円

育成医療補装具(治療装具)チェック表

受診者氏名		育成医療承認期間	
-------	--	----------	--

1) 申請書

	確認内容	チェック欄
1	指定医師名の確認 ※指定している自治体の取扱いに準拠する。	☐
2	押印もれはないか。 ※申請者・指定医師	☐

2) 添付書類

	添付書類内容	チェック欄
1	医証・装着証明書 ※育成医療の承認期間中であるか。 医証日付 H	☐
2	見積書 ※基準『補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定に要する基準』で金額を確認。(下記3・4も同様)	☐
3	請求書	☐
4	領収書	☐
5	受給者証の写し	☐
6	当該月の自己負担上限管理票の写し ※負担上限月額が設定されている者に限る。 ※該当月のものであるか。(医療保険が認めた月と一致)	☐
7	療養費支給決定通知書 ※医療保険からの支給決定通知書	☐

補装具(治療装具)額	A	円
医療保険適用額 (保険控除額)	B	円
自己負担額	C	円
公費(育成医療)負担額	D	円

※ $B = A \times \text{負担割合}$ (7割又は8割)

(乳幼児の場合、医療保険が8割負担)

※ $D = A - B - C$

福岡県自立支援医療（育成医療）支給認定実施要領

（趣 旨）

第1条 この要領は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第58条第1項の規定に基づく自立支援医療（育成医療）（以下単に「育成医療」という。）の支給認定（以下「支給認定」という。）を適正かつ円滑に実施するため、関係法令に定めるものの外必要な事項を定めるものとする。

（支給認定の対象児童）

第2条 支給認定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、当該障害又は疾患に係る医療を行わないときは、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、確実な治療の効果が期待できるものとする。

（支給認定の対象疾患）

第3条 支給認定の対象となる障害は、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) 聴覚又は平衡機能障害によるもの
 - (4) 音声・言語又はそしゃく機能障害によるもの
 - (5) 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、若しくは直腸、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの
 - (6) 先天性の内臓の機能の障害によるもの（(5)に掲げるものを除く。）
 - (7) 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 内臓の機能の障害によるものについては、手術により、将来、生活能力を維持できる状態の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、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となる。
- 3 痕拘縮等に起因する視覚障害、聴覚・言語機能障害及び肢体不自由の改善に関する形成外科に関する医療についても対象とする。

（支給認定の期間）

第4条 支給認定期間は、原則として保健福祉環境事務所及び大牟田市保健所（以下「事務所」という。）に支給認定の申請が行われた日（入院又は通院日が申請日以降のときは入院又は通院日）から次の各号の症状又は手術の程度に応じ当該各号に定める期間を目処として、最小限必要な期間とする。

なお、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は行わないものとする。また、当初の支給認定の有効期間を超えて再度の育成医療に支給認定を行わないものとする。

- (1) 唇顎口蓋裂に起因した歯科矯正療法を受けている者については、音声又は言語機能障害に基づく症状が回復したことを知事が認定するまで
- (2) 腎臓障害で人工透析療法を受けている者及び抗HIV療法、免疫調整療法等HIV感染

症に対する医療を受けている者については、症状が軽減又は除去され、日常生活能力が回復したことを知事が認定するまで

(3) その他の疾患については、次のとおり

ア 入院のみは3か月以内

イ 入院及び通院は入院3か月以内及び通院6か月以内

ウ 通院のみは9か月以内

(支給認定の内容)

第5条 自立支援医療費の支給の対象に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、手術その他の治療及び施術

(4) 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

(5) 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

(6) 補装具の支給

(7) 移送費の支給（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。）

(支給認定の申請)

第6条 支給認定の申請は、障害者自立支援法施行規則（以下「規則」という。）第35条の規定により支給認定を受けようとする児童（以下「児童」という。）の保護者が、自立支援医療費（育成）支給認定申請書（福岡県障害者自立支援法施行細則（以下「細則」という。）様式第8号）に法第54条第2項による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（育成医療）意見書（細則様式第10号）及び次の各号に掲げる関係書類を添付し、原則として児童が入院又は通院治療を行う前に保護者の居住地を所轄する事務所長を経由して知事に提出するものとする。

(1) 当該児童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

(2) 世帯全員の住民票

(3) 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、生活保護受給世帯の証明書、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が確認できるもの）

(4) 腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受給者証の写し

(5) その他知事が必要と認める書類

2 事務所長は、前項の申請書等を速やかに審査の上、支給認定の必要性の有無についての意見を添えて、知事に進達するものとする。

(支給認定の決定及び却下、変更)

第7条 知事は、事務所長から申請書等の進達があったときは、速やかに支給認定を行い、自立支援医療受給者証（細則様式第13号。以下「受給者証」という。）及び必要に応じ自己負担上限額管理票（細則様式第14号。以下「管理票」という。）又は認定しない旨の通知書（細則様式第15号）を事務所長を経由して申請者に交付するものとする。

2 保護者が支給認定の変更の申請を行なうときには、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、受給者証を添えて事務所長を経由して知事に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（所得区分及び高額治療継続者の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関以外の変更については、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（細則様式第19号）を事務所長を経由して知事に届出するものとする。変更の要否等について、新たな受給者証及び必要に応じて管理票又は変更認定を行わない旨の通知書を事務所長を経由して申請者に交付するものとする。

3 受診者等が、支給認定を受けていた他自治体から有効期間内に当県へ居住地を移転した場合、当県に支給申請をすることとなる。この場合に添付する医師の意見書は、新規に取得することとなるが、移転前自治体で支給認定を受ける際に提出した医師の意見書（細則様式第10号 写しでも可）を添付させる、又は、移転前自治体から取り寄せることにより、移転前自治体が認定していた有効期間を超えない範囲で支給認定を行うこととする。当県より移転前自治体に当該児童に関する情報提供を依頼する場合、その保護者は同意書（本要領様式第1号）を事務所長を経由して知事に提出するものとする。

4 受診者が死亡した場合又は身体の状態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事務所長を経由して知事に返還するものとする。

（再認定及び医療の具体的方針の変更）

第8条 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（細則様式第10号）、被保険者証等の関係書類を添付の上、事務所長を経由して知事に申請するものとする。知事は再認定の要否等について、再認定後の新たな受給者証又は認定しない旨の通知書を事務所長を経由して交付するものとする。

2 有効期間内に医療の具体的方針の変更について、児童の保護者から申請があった場合、変更の申請書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、事務所長を経由して知事に申請するものとする。知事は育成医療の変更の要否等について、変更後の新たな受給者証又は認定しない旨の通知書を事務所長を経由して交付するものとする。

（補装具の給付）

第9条 育成医療受給中の児童が、治療経過中に医療保険が適応する補装具を必要とする場合は、指定自立支援医療機関の医師の意見を付した医療用補装具申請書（本要領様式第2号）及び次の各号に掲げる関係書類を添付し、事務所長を経由して知事に提出するものとする。

- (1) 自立支援医療受給者証の写し
- (2) 領収書
- (3) 見積書
- (4) 請求書
- (5) 装具の装着証明書
- (6) 当該月の自己負担上限管理表の写し（負担上限月額が設定されている者に限る。）
- (7) 療養費支給決定通知書
- (8) その他知事が必要と認める書類

（自己負担上限額）

第10条 育成医療に係る自己負担額は、支給を受ける児童が属する世帯の収入に応じた所得区分ごとに支給認定した負担上限月額とする。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、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

(医療保険各法との関連及び医療費の請求)

第11条 支給を受ける児童が医療保険各法の被扶養者等である場合は、医療保険各法による医療の給付が優先するものとし、自立支援医療費の支給は、いわゆる医療保険の自己負担分を対象とするものであること。

2 健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額は、支給認定に係る障害者等が同一の月に受けた指定自立支援医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額の合計額から自己負担上限額を控除して得た額とする。

(その他)

第12条 障害者福祉課長は、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るものとする。

附則

この要領は、平成18年12月15日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年10月1日から施行する。

○システム賃借料

- ・県では、受給者証の発行、厚労省への報告（実績報告・福祉行政報告例）のデータ集計のため、公費負担システム（Access）の賃借契約を結んでいる。

※賃借料は年間約50万円

○連名簿データ提供委託料

- ・上記システムに連名簿データを取り込むため
国保連と別途委託契約を結んでいる。

※委託料は年間約20万円

