

自立支援医療（精神通院医療）について

自立支援医療（精神通院医療）は精神疾患（てんかんを含みます）により、通院による治療を続ける必要がある方の通院医療費の自己負担を軽減するものです。

●対象となる方

何らかの精神疾患（てんかんを含む）により、通院による治療を続ける必要がある程度の方の方が対象となります。（申請書に添付する医師の診断書により長崎県が認定します）

●対象となる医療の範囲など

精神障害や、当該精神障害に起因して生じた病態に対して、病院または診療所に入院しないで行われる医療（外来の治療や投薬、デイケア、訪問看護等を含む）が対象となります。入院医療の費用、公的医療保険が対象とならない治療や投薬などの費用（例：病院や診療所以外でのカウンセリングなど）、精神障害と関係のない疾患の医療費は対象外です。

また、医療機関・薬局・訪問看護事業所は、県の指定を受けているところに限られます。

●医療費の自己負担

自己負担は原則、医療費の1割です。ただし、1か月あたりの負担は世帯の所得状況等により定められた負担上限額となります。

<世帯所得状況等による自己負担額一覧表>

世帯所得状況		自己負担額	
		負担割合	上限月額
生活保護受給世帯		0円	
市町村民税 非課税世帯	受給者の収入が80万円未満（収入は障害年金などの非課税収入を含みます）	1割	2,500円
	受給者の収入が80万円以上（収入は障害年金などの非課税収入を含みます）	1割	5,000円
課税世帯	「重度かつ 継続」に該 当	市町村民税所得割額 3万3千円未満	1割 5,000円
		市町村民税所得割額 3万3千円以上23万5千円未満	1割 10,000円
		市町村民税所得割額 23万5千円以上	1割 20,000円
	「重度かつ 継続」に非 該当	市町村民税所得割額 23万5千円未満	1割
市町村民税所得割額 23万5千円以上		自立支援医療制度（精神通院） 対象外です。	

※「世帯」の範囲は受給者と同じ医療保険などの公的医療保険に加入する方を同一の「世帯」として捉えています。（国民健康保険および後期高齢の場合は「加入者全員」、その他医療保険の場合は「被保険者及び受給者」が世帯の対象となります。）

※「重度かつ継続」とは、①症状性を含む器質性精神障害（FO）、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・統合失調型障害及び妄想性障害（F2）、④気分障害（F3）、⑤てんかん（G40）に該当する場合です。また、その他の障害の場合は医師から「重度かつ継続の意見書」を記入された場合は該当となります。

●申請手続きについて

受診している医療機関にご相談のうえ、障がい福祉課窓口にて下記必要書類を提出して下さい。自立支援医療の有効期間は1年間です。再認定手続き（有効期限3か月前から申請可。診断書は2年に一度添付が必要。）、医療機関や薬局等を変更する場合も変更手続きが必要です。

また、基準日（6月末までに申請される場合はその前年の1月1日、7月以降に申請される場合はその年の1月1日）において大村市外に住民票があった方は、所得状況をマイナンバーで照会しますが、なんらかの理由で照会できなかった場合は、その市町村の課税所得証明書等が必要です。（世帯所得状況を確認する18歳以上の世帯員分。また、非課税者も必要です）

手続きの種類		必要なもの
新規		<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書（※3ヶ月以内に作成されたもの。精神障害者保健福祉手帳の有効期間が継続しており、自立支援医療（精神通院）を今まで受給されたことがない方は、精神障害者保健福祉手帳の写しで代用可） <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です）
再認定	（受給者証右下に次回更新時の診断書「必要」と記載されている方）	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書（※3ヶ月以内に作成されたもの） <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です）
	（受給者証右下に次回更新時の診断書「不要」と記載されている方）	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です）
変更	住所・氏名変更	<input type="checkbox"/> 記載事項変更届 <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）
	保険証の変更	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書（所得区分に変更がある場合） <input type="checkbox"/> 記載事項変更届（所得区分に変更がない場合。不明な場合は念のため申請書と両方提出して下さい） <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分）
	医療機関変更・追加	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> 印かん
市外（県内）から転入された方		※住所・氏名変更手続きと同様です。
県外から転入された方		<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 受給者証原本 <input type="checkbox"/> 所得状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 診断書等資料提供同意書 <input type="checkbox"/> 印かん <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し

(※) マイナンバーがわかるもの

マイナンバーカード、マイナンバーが記載された住民票（記載事項証明書）、通知カード（住民票の記載事項と一致している場合に限る）

※手続き完了後の受給者証は、原則、医療機関に送付します。（新規・再認定は受給者証送付までに2か月半程度、またはそれ以上かかることがあります。）

＜お問い合わせ先＞※月～金（祝日は除く）8：30から17：15まで

〒856-0832 大村市本町458番地2（障がい福祉課）電話：0957-20-7306