**⑦　再認定**

受給者証の有効期間は１年間です。引き続き認定を希望される場合は再認定の手続きが必要です。再認定の場合も「**④　申請に必要な書類**」が必要です。（申請書は毎年、診断書は２年に１回必要です。詳しくは**④**の***②***をご確認ください。）

有効期限の３ヶ月前から、手続きを行うことができます。有効期限までに手続きを済ませてください。

**⑧　精神保健福祉手帳との同時申請について**

精神障害者保健手帳と自立支援医療（精神通院医療）を同時に申請する場合は、**手帳用診断書**１枚で申請を行うことが可能です。

準備いただくもの　**手帳用申請書**、**手帳用診断書**

**「④　申請に必要な書類（診断書以外）」**

**⑨　その他**

・受給者証に記載された内容に変更がある場合は、速やかに変更届を提出してください。

・紛失または破損した場合、再交付申請書を提出してください。

※提出先は市町担当窓口です。

このほか、自立支援医療（精神通院医療）制度についての

ご質問・ご相談がありましたら、

あたなのお住まいの市町または最寄りの県保健所まで

お問い合わせください。

|  |
| --- |
|  |

自立支援医療

（精神通院医療）

制度

についてのお知らせ

|  |
| --- |
|  |

**令和７年３月版**

**三重県こころの健康センター**

**①　自立支援医療（精神通院医療）制度とは**

精神疾患（てんかんを含む）の治療のために、指定医療機関（各都道府県等から指定を受けた病院等）に通院されている方を対象に、通院医療費が公費にて負担される制度です。自己負担は原則１割で、一定の要件により負担上限額が設定されます。有効期限は、１年以内です。

**★本制度は「通院」医療に関する制度のため、「入院」医療には適用されません。**

**②　自立支援医療（精神通院医療）の対象となる人は**

統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する方で、通院による精神医療を継続的に必要な方が対象となります。

★入院しないで行われる医療（外来、外来での投薬、デイケア、訪問看護）が対象です。

★処方された薬のうち、精神疾患を治療する薬以外（風邪薬など）は原則対象外となります。

**③　申請窓口**

市町の担当窓口

**④　申請に必要な書類**

***①申請書***

必要事項を記入してください。薬を薬局で受けとられる方や、訪問看護を利用される方は薬局や訪問看護ステーションも記入してください。

受診者が１８歳未満の場合は、保護者の方が申請者となります。

***②診断書（市町受付時３ヶ月以内のもの）***

診断書の作成には病院等の規定に基づく費用が必要です。

〇新規に申請をされる方、お持ちの受給者証の有効期限後１か月を過ぎてから申請をされる方

→診断書が必要となります。

〇前回診断書を提出し、前回申請時点から病状及び治療方針の変更がない方

→診断書を省略することができます。

〇前回診断書を省略された方

→診断書が必要となります。

☆診断書の代わりに、手帳用診断書に基づき交付された精神保健福祉手帳（写し）により

支給認定を受けることも可能です。（以下の方に限ります。）

対象の方→手帳所持者で自立支援医療を新規に申請される方

有効期限→手帳の有効期間の残期間（ただし最長１年間）となります。

***③マイナンバーカード等個人番号及び被保険者情報が確認できるもの***

・マイナンバーカード、個人番号が記載された住民票等

***④課税状況が確認できるもの***

・市長民税課税証明書　社会保険の方→被保険者本人分

国民健康保険・後期高齢者医療保険の方→加入者全員分

※課税状況を確認するための「同意書」を提出することで、省略できる場合があります。

提出する市町の窓口でご相談ください。

※生活保護世帯の方は不要です。

***⑤収入申告書***・・・・・市町民税非課税世帯の方

***⑥医療機関の追加指定に関する意見書***

現在通院している医療機関と薬局以外の他の医療機関の利用を希望する場合に必要となります。

（デイケア・訪問看護など）

***⑦現在お持ちの自立支援医療受給者証（再認定の場合）***

|  |
| --- |
| ★***①申請書⑤収入申告書***は、市町担当窓口に指定の用紙があります。★***②診断書⑥医療機関の追加指定に関する意見書***は市町の担当者窓口や病院等に指定の用紙があります。★***①②⑤⑥***とも当センターのホームページからもダウンロードできます。 |

**⑤　認定後**

受診の際は指定医療機関窓口に、交付された自立支援医療受給者証及び自己負担上限額管理票を提示してください。自己負担上限額管理票には、自己負担額が記入されますので、負担額の確認をしてください。

**⑥　毎月の自己負担限度額一覧**

所得や「重度かつ継続」の対象疾患に応じて、毎月の負担上限額が設定されています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 対象 | 負担上限月額 |
| 生活保護 | 生活保護世帯の方 | ０円 |
| 低所得１ | 市町民税非課税世帯で、通院をする方の１年間の収入が８０万９千円以下の方（令和７年６月末まで８０万円） | ２，５００円 |
| 低取得２ | 市町民税非課税世帯で、通院をする方の１年間の収入が８０万９千円を超える方（令和７年６月末まで８０万円） | ５，０００円 |
| 中間所得１ | 市町民税所得割が３万３千円未満の方 | 「重度かつ継続」に該当する方 | ５，０００円 |
| 「重度かつ継続」に該当しない方 | 負担上限なし、１割負担 |
| 中間所得２ | 市町民税所得割が３万３千円以上２３万５千円未満の方 | 「重度かつ継続」に該当する方 | １０，０００円 |
| 「重度かつ継続」に該当しない方 | 負担上限なし、１割負担 |
| 一定所得以上 | 市町民税所得割が２３万５千円以上の方 | 「重度かつ継続」に該当する方 | ２０，０００円 |
| 「重度かつ継続」に該当しない方 | 制度の対象外 |

|  |
| --- |
| 「重度かつ継続」の対象疾患　※（　）内は、ＩＣＤコード（Ｆ０）認知症、高次脳機能障害等の器質性精神障害　　　　　（Ｆ３）うつ病、躁うつ病等の気分障害（Ｆ１）アルコール依存、薬物依存等の精神作用物質　　　　　（Ｇ４０）てんかん使用による障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ｆ４～Ｆ９）精神保健指定医又は、３年以上の精神医療の経験を有す（Ｆ２）統合失調症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　る医師によって、集中的・継続的な通院治療を要すると診断された障害 |