

大阪市自立支援医療費（更生医療）支給認定事務取扱要領

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。以下「法」という。）に規定する自立支援医療費のうち、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「施行令」という。）第1条の2に規定する更生医療に関する支給認定手続きについて、法、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ための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）並びに厚生労働省が定める自立支援医療費支給認定通則実施要綱及び自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱その他別に定めがあるもののほか、この事務取扱要領により行う。

第1 定義

- 1 指定自立支援医療を実際に受ける者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 申請者並びに施行令第29条第1項に規定する支給認定基準世帯員で構成する世帯（自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「「世帯」」という。

第2 自立支援医療（更生医療）の対象

自立支援医療（更生医療）（以下「更生医療」という。）の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体上の障がいを有すると認められる者であって、確実な治療の効果が期待できるものとすること。

- 1 更生医療の対象となる障がいは、次のとおり施行規則第6条の18で定めるものであること。
 - (1) 視覚障がいによるもの
 - (2) 聴覚、平衡機能の障がいによるもの
 - (3) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障がいによるもの
 - (4) 肢体不自由によるもの
 - (5) 心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障がいによるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
 - (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいによるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- 2 更生医療の対象となる障がいは、臨床症状が消退しその障がいが永続するものに限られること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障がいに対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障がいに該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓の機能の障がいによるものについては、手術により障がいが補われ、又は障がいの程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障がいに対する人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法、小腸機能障がいに対する中心静脈栄養法、心臓機能障がいに対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障がい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ものであること。

3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は以下のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (5) 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
- (6) 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。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的な事務処理は次によること。

1 申請に当たっては各区保健福祉センター所長宛に次の資料を提出させること

- (1) 自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）
- (2) 自立支援医療（更生医療）意見書（様式第2号）もしくは自立支援医療（更生医療）判定書（様式第3号）（以下「医師の意見書等」という。）
※指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成することを基本とする。
- (3) 費用明細表（6ヶ月）（様式第4号）もしくは費用明細表（12ヶ月）（様式第5-1号）
- (4) 身体障がい者手帳の写し
- (5) 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市民税を証する書類または市民税の課税状況等を閲覧することの同意書兼世帯状況申出書（様式第6号。以下、「同意書」という。）（ただし、所得状況等が確認できない場合には、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）
- (6) 市町村民税非課税世帯については収入状況申告書（様式第7号）（添付資料として受給者に係る収入の状況が確認できる資料を提出すること。）

なお、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係については、情報提供ネットワークシステム、マイナポータル画面、資格確認書等（以下、「情報提供ネットワークシステム等」という。）により確認を行うほか、医療保険の資格情報が確認できる資料の提出により確認すること。

2 上記のほか、次のいずれかの場合は、同意書（様式第6号）を提出させること

- (1) 情報提供ネットワークシステム等により関係機関へ照会を行う場合
- (2) 本市の国民健康保険及び後期高齢者医療保険加入者の加入状況等を閲覧する場合
- (3) 前項第5号及び6号の確認のため、市民税の課税状況等を閲覧する場合

3 保健福祉センター所長は、本条第1項第4号に掲げる書類、及び第6号中の添付資料により証

明すべき事実を関係公簿等の閲覧により確認できる場合は、当該書類の提出を省略させることができる。

4 次に該当する場合は、次の資料を添付させること

- (1) 受診者が腎臓機能障がいに対する人工透析療法を受ける場合については、特定疾病療養受領証の写し、または特定疾病区分が記載された資格確認書の写し、もしくは特定疾病療養受療の認定者であることが確認できるマイナポータル画面を印刷したもの。
 - (2) 受診者が高額治療継続者（施行令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。以下同じ。）のうち医療保険の多数該当の場合（ただし、生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯を除く）は、高額療養費の支給を証明する資料
- 5 1の申請については更生医療を必要とすることが予め決定している場合は、原則として更生医療を受ける以前に行うこととする。
- 6 各区保健福祉センター所長は、所定の手続きによる申請を受理した場合は、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、対象となる障がいが第2の1の（1）～（4）の場合は、大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター（以下「リハビリテーションセンター」という。）所長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を提示し、リハビリテーションセンターに来所させること。また対象となる障がいが第2の1の（5）及び（6）の場合は各区保健福祉センター所長により要否等を判定すること。

第4 更生医療の要否の判定

- 1 判定の依頼を受けたリハビリテーションセンター所長は申請者について判定を行い、判定書及び付属書類を作成し、各区保健福祉センター所長に送付すること。
- 2 判定は、申請者について、医学的に支給認定を行うかどうかについて的確な判定を行い、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障がいの種類、重度かつ継続の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院又は通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障がいの程度によって具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に関する費用の概算額は、健康保険診療報酬点数表を用いて、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養費及び生活療養の費用を除く。）について算定すること。また、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の対象者の更生医療については、高齢者の療養の給付に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うものとすること。

第5 支給認定

- 1 各区保健福祉センター所長は、判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、また「世帯」の所得状況及び判定結果に基づき、重度かつ継続への該当の有無の判断及び第6に定める負担上限月額の認定を行った上で、次の書類を交付すること。
 - (1) 自立支援医療支給認定通知書（様式第8号。以下「認定通知書」という。）

(2) 自立支援医療受給者証（様式第9号。以下「受給者証」という。）

(3) 自己負担上限額管理票（様式第10号。以下「管理票」という。）

※自立支援医療において負担上限月額が設定された者に対して交付する。

また、判定の結果、更生医療を必要としないと認められた者については認定しない旨、自立支援医療認定却下通知書（様式第11号。以下「却下通知書」という。）を交付すること。

2 自立支援医療の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に関する費用に限られること。

3 支給認定の有効期間は原則3か月以内とし、有効期間が3か月以上に及ぶ支給認定を行うに当たっては、特に慎重に取り扱うこと。なお、腎臓機能障がいにおける人工透析療法及び免疫機能障がいにおける抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。

4 更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は同一受診者に対し原則1か所とすること。

ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。

第6 所得区分

自立支援医療費については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設け、施行令第35条第1項に基づき所得区分ごとに負担上限月額を設ける。

1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。

① 生活保護 負担上限月額0円

② 低所得1 負担上限月額2,500円

③ 低所得2 負担上限月額5,000円

④ 中間所得層 負担上限月額設定なし

⑤ 一定所得以上：自立支援医療費の支給対象外）

2 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が重度かつ継続に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

⑥ 中間所得層1 負担上限月額5,000円

⑦ 中間所得層2 負担上限月額10,000円

3 1の所得区分のうち⑤一定所得以上については、受診者が重度かつ継続に該当する場合には、令和9年3月31日までの間は、自立支援医療費の支給対象とし、次のとおり別途所得区分及び負担上限月額を設ける。

⑧ 一定所得以上（重度かつ継続） 負担上限月額20,000円

4 それぞれの所得区分の対象となるのは、次のとおりとする。

(1) 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに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）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合又は生活保護法による要保護世帯若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに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

関する法律による要支援世帯であって、②低所得 1 の負担上限額を適用としたならば保護又は支援を必要とする状態となる世帯である場合とする。

(2) 1 の所得区分のうち②低所得 1 の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（注 1）であって、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が 80 万 9 千円以下である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるものとする。

- ・地方税法上の合計所得金額（注 2）

（合計所得金額がマイナスとなる者については、0 とみなして計算する）

- ・所得税法上の公的年金等の収入金額（注 3）

- ・その他厚生労働省令で定める給付（注 4）

(注 1) 「市町村民税世帯非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は、本要領第 6 の 6 による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が 4 月から 6 月である場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（次に掲げるものを含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

- ・大阪市市税条例で定めるところにより市民税を免除された者
- ・地方税法第 292 条第 1 項第 11 号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第 295 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。以下同じ。）の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者、又は、同法第 292 条第 1 項第 12 号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第 295 条第 1 項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者（当該者に係る非課税の取扱いを「寡婦（夫）控除等のみなし適用（非課税）」という。以下同じ。）。なお、「現に婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、当該市町村民税の額の算定に係る所得を計算する対象となる年の 12 月 31 日時点において、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含むものとする。

(注 2) 「合計所得金額」とは、地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額（所得税法（昭和 40 年法律第 33 号）第 35 条第 2 項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から同項第 1 号に掲げる金額を控除して得た額。）をいう。

(注 3) 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法（昭和 40 年法律第 33 号）第 35 条第 2 項第 1 号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

(注 4) 「その他厚生労働省で定める給付」とは、施行規則第 54 条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

(3) 1 の所得区分のうち③低所得 2 の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（均等割り及び所得割双方が非課税）である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得 1 の対象ではない場合であるものとする。

(4) 1 の所得区分のうち④中間所得層の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者

の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

（注）「所得割」を算定する場合には、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。（以下「扶養親族」という。））及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。（以下「特定扶養親族」という。））があるときは、同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。）に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。また、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当する所得割の納稅義務者であるとき、又は、同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号に該当する所得割の納稅義務者であるときは、同法第314条の2第1項第8号に規定する額（当該者が同法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第314条の2第3項に該当する者であるときは、同項に規定する額）に同法第314条の3第1項に規定する率を乗じて得た額を控除するものとする（当該控除の取扱いを「寡婦（夫）控除等のみなし適用（控除）」という。以下同じ。）。なお、「現に婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、当該所得割の額の算定に係る所得を計算する対象となる年の12月31日時点において、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含むものとする。

- （5）1の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が23万5千円以上の場合であるものとする。
- （6）2の所得区分のうち⑥中間所得層1の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円未満である場合であるものとする。
- （7）2の所得区分のうち⑦中間所得層2の対象となるのは、④中間所得層の対象者のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額（所得割）の合計が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
- （8）⑧一定所得以上（重度かつ継続）の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。

5 「世帯」については、医療保険の加入単位、すなわち受診者と同じ医療保険に加入する者をもつて、生計を一にする「世帯」として取り扱い、家族の実際の居住形態や、税制面での取扱いにかかわらず、医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱うこととする。

6 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険では被保険

者全員）に係る市町村民税の課税状況等の資料に基づき認定するものとする。また、寡婦（夫）控除等のみなし適用（非課税）及び寡婦（夫）控除等のみなし適用（控除）を受けようとする者については、寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書（様式第18号）及び戸籍全部事項証明書等の添付資料を提出させた上で、当該申請書等に基づき、市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や所得割の額の算定を行うものとする。

第7 受給者証及び管理票の取扱い

1 受給者証の交付を受けた受給者は、受給者証を指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）に提示し、指定自立支援医療を受けるものとする。また、管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療を受ける際に受給者証とともに管理票を指定自立支援医療機関に提示し、負担上限月額を管理すること。

2 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載し、また、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、管理票の所定欄にその旨を記載すること。

受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

3 受診者が死亡した場合又は身体の状況から更生医療を受ける必要がなくなった場合は、当該者に交付していた受給者証を速やかに各区保健福祉センター所長に返還するものとする。ただし、管理票については返還の必要はないものとする。

4 受給者証を紛失または汚損したときは、受給者は、自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書（様式第12号）を各区保健福祉センター所長に提出し、再交付を受けること。また、管理票の記入欄に余白がなくなったときは、各区保健福祉センター所長は受給者の申し出により再交付するものとする。

第8 未申告者の取扱い

1 非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、各区保健福祉センター所長は、原則として、申告をした上で非課税の証明証を取得するよう求め、申請者はその証明書を提出する必要がある。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこと。また、この場合においては第6の3の適用はないものとする。

第9 医療保険未加入者の取扱い

1 各区保健福祉センター所長は、自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、被用者保険の加入者又は後期高齢者医療制度の被保険者となる場合や、生活保護世帯の医療扶助の対象となっている場合を除き、加入手続を行っていない場合には、申請者に対して手続きを促すとともに、各区保健福祉センター国民健康保険業務主管担当に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるよう依頼すること。

- 2 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合、各区保健福祉センター所長は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯となる場合を除き、速やかに各区保健福祉センター国民健康保険業務主管担当に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるよう依頼すること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、第6の3の適用はないものとする。

第10 支給認定の変更

- 1 受診者が負担上限月額（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について変更の申請を行うときは、以下の書類を各区保健福祉センター所長宛に提出すること。
 - (1) 申請書
 - (2) 変更の生じた理由を証する書類
 - (3) 受給者証の写し
- 2 受診者が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について変更の申請を行うときは、以下の書類を各区保健福祉センター所長宛に提出すること。
 - (1) 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（様式第13号）
 - (2) 変更の生じた理由を証する書類
 - (3) 受給者証の写し
- 3 保健福祉センター所長は、本条第1項第2号及び第2項第2号により証明すべき事實を関係公簿等の閲覧により確認できる場合は、当該書類の提出を省略させることができる。
- 4 各区保健福祉センター所長は、申請を受け、負担上限月額の変更の必要があると判断した場合は、変更したことを決定した日の属する月の翌月の初日から新たな負担上限月額に変更するものとし、自立支援医療（更生医療）自己負担額変更通知書（様式第14号）、新たな負担上限月額を記載した受給者証及び必要に応じ管理票を交付すること。
- 5 各区保健福祉センター所長は、申請を受け、指定自立支援医療機関の変更の必要があると判断した場合は、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付すること。

第11 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 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。）、申請者は以下の書類を各区保健福祉センター所長あて提出すること。
 - (1) 申請書（様式第1号）
 - (2) 再認定の必要性を詳細に記した医師の判定書（様式第3号）
 - (3) 費用明細表（12ヶ月）（様式第5-2号）

- (4) 被保険者証等
- (5) 受診者の属する「世帯」の所得状況等が確認できる資料
- (6) 第3の3のいずれかに該当する場合はその資料

ただし、重度かつ継続に該当する場合（以下に記載する例など）において、障がい者等に病状の変化及び治療方針の変更が無いことが確認できる場合には、当該判定書の添付を省略して差し支えない。

- ・腎臓機能障がいに対する人工透析療法
- ・心臓・腎臓・肝臓の機能障がいによる移植術後の抗免疫療法
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいに対する抗HIV療法、
免疫調整療法
- ・小腸機能障がいに対する中心静脈栄養療法

- 2 保健福祉センター所長は、本条第1項第4号及び第5号に掲げる書類により証明すべき事実を関係公簿等の閲覧により確認できる場合は、当該書類の提出を省略させることができる。
- 3 各区保健福祉センター所長は再認定の要否等について、再認定が必要であると認められるものについて、認定通知書及び再認定後の新たな受給者証を交付すること。また、再認定を必要としないと認められるものについては却下通知書を交付すること。
- 4 有効期間内における医療の提供に関する具体的方針の変更がある場合、受給者は医療機関が作成した更生医療期間延長・内容変更申請書（様式第15号。以下「変更申請書」という。）に同意のうえ、変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、各区保健福祉センター所長あて提出されること。各区保健福祉センター所長は更生医療の変更の要否等について変更が必要であると認められるものについて、自立支援医療（更生医療）内容変更承認通知書（様式第16号）及び変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては自立支援医療（更生医療）内容変更却下通知書（様式第17号）を交付すること。

第12 自立支援医療費の支給の内容

- 1 緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると指定自立支援医療機関が認める場合には、受給者は医療機関が作成した変更申請書（様式第15号）にその旨を記入し各区保健福祉センター所長あて提出すること。この場合において単なる期間延長として認められる期間は2週間以内とし、かつ、1回に限ることとし、なお、リハビリテーションセンターにおける判定は要せず、各区保健福祉センター所長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。2週間以上の期間を要するものについては、再認定として第11の1の取扱いによること。
- 2 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、大阪市が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

(2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最小限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。

なお、この場合は現物給付をすることができる。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであることから支給は認められないこと。

(3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費とすることとする。移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から各区保健福祉センター所長に申請させること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。

(4) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立支援医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その費用を支給すること。

(5) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。

ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」により算定すること。

イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

第13 更生医療に係る診療報酬の請求、審査及び支払

診療報酬の請求、審査及び支払については、昭和54年児発第564号通知「児童福祉法及び精神薄弱者福祉法の措置等に係る医療の給付に関する費用の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」及び昭和49年児発第655号通知「更生医療費等公費負担医療の給付にかかる診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」に定めるところによる。

第14 医療保険各法との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、施行令第2条に規定されているとおりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象となることとなる。

附 則

本要領は平成26年4月1日より適用する。

附 則

本要領は平成26年10月1日より適用する。

附 則

本要領は平成27年4月1日より適用する。

附則

本要領は平成28年1月1日より適用する。

附 則

本要領は平成28年4月1日より適用する。

附 則

本要領は平成29年11月13日より適用する。

附 則

本要領は平成30年4月1日より適用する。

附 則

本要領は平成30年9月1日より適用する。

附 則

本要領は平成31年3月1日より適用する。

附 則

本要領は令和2年7月1日より適用する。

附 則

本要領は令和3年4月1日より適用する。

附 則

本要領は令和6年4月1日より適用する。

附 則

本要領は令和7年4月25日より適用する。

附 則

本要領は令和7年7月1日より適用する。

附 則

本要領は令和7年9月30日より適用する。

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

※1 新規・再認定・変更(自己負担上限月額及び指定医療機関に係る変更認定の申請の場合)のいずれかに○をしてください。

受 診 者	フリガナ											生年月日	年	月	日
	氏名														
	個人番号														
	住所	〒 大阪市 区										電話番号	() -		
負 担 額 に 關 す る 事 項	保険の種類	健康保険(社会保険等) · 国民健康保険 · 後期高齢者医療 · 生活保護													
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	記号	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※2	※2 【所得区分に関するチェックシート】を参照し、該当する区分に○をしてください										重度かつ継続※2	該当	非該当	
受 診 を 希 望 す る 指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 (通院時院外処方の場合は、必ず薬局も記載してください)	指定自立支援医療機関名		所在地 · 電話番号												
	病院・診療所														
	薬局														
受給者番号 (再認定または変更の方のみ記入)															
私は、上記のとおり自立支援医療(更生医療)費の支給認定を申請します。															
申 請 者 氏 名 _____ 年 月 日															
(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長															

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提 出 者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療機関職員
	住所	電話番号	<input type="checkbox"/> その他 ()	

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

保健福祉センター記入欄

前回所得区分	生活保護 · 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	生活保護 · 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	<input type="checkbox"/> 市民税課税台帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者台帳 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類(年金証書、振込通知書、手当証書など) <input type="checkbox"/> 情報連携により照会(照会する情報:)				

前回の受給者番号	前回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
今回の受給者番号	今回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳同時申請	

別紙、申請結果調書の内容により、

- 自立支援医療費(更生医療)の支給を認定します。
- 自立支援医療費(更生医療)の支給を却下します。

決 裁 欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員
	・					
	決裁年月日					
	・					

公印審査	
取扱責任者	文書主任

自立支援医療（更生医療）意見書（視覚・聴覚・音声言語・肢体不自由）

氏名			年月日生（歳）	
住所				
障がい名	(身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記入してください)			
原因疾患名				
(現症及び障がい状況)				
自立支援医療 (更生医療) の具体的方針	術式 内 容			
	入院予定日	年月日	手術予定日	年月日
自立支援医療 (更生医療) 予定期間	入院	年月日～年月日（か月）		
	通院	年月日～年月日（か月）		
医療費概算額 (食費を除く)	入院	円	合計 円	
	通院	円		
治療効果 見込み				

上記のとおり診断し、別紙により医療費を概算します。

年月日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

指定自立支援医療機関 所在地
名 称
担当科名
自立支援医療を主として
担当する医師名

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いします。

自立支援医療(更生医療)判定書(心臓・じん臓・小腸・免疫・肝臓機能障がい)

氏名			年月日生(歳)	
住所				
障がい名				
原因疾患名				
(現症及び障がい状況)				
自立支援医療 (更生医療) の具体的方針	術式 内 容			
	入院予定日	年月日	手術予定日	年月日
自立支援医療 (更生医療) 予定期間	入院	年月日～	年月日	(か月)
	通院	年月日～	年月日	(か月)
医療費概算額 (食費を除く)	入院	円	合計 円	
	通院	円		
治療効果 見込み				

上記のとおり判定(診断)し、別紙により医療費を概算します。

年月日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

指定自立支援医療機関 所在地
 名 称
 担当科名
 自立支援医療を主として
 担当する医師名

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いします。

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名)

月別区分	1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

_____ 総合計点数 点 _____ 金額 円

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名)

月別区分	1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名)

月別区分	7か月目	8か月目	9か月目	10か月目	11か月目	12か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

総合計点数

点

金額

円

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名)

月別区分	1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

 1年間の治療期間・治療方針共に変更がないため判定書の添付を省略します

(判定書を省略する場合は□に✓を入れ、2枚目に医療機関名その他の記入をお願いします)

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名)

月別 区分	7か月目	8か月目	9か月目	10か月目	11か月目	12か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

令和 年 月 日

総合計点数 点 指定自立支援医療機関 名 称

金額 円 担当科名

自立支援医療を主として
担当する医師名

同意書 兼 世帯状況申出書(更生医療用)

自立支援医療(更生医療)費支給に係る利用者負担上限月額の算定のために、私及び次の世帯員の課税状況等について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿、また、国民健康保険・後期高齢者医療保険の加入状況につき、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。

以上の内容については、次の世帯員の承諾を得ています。

【同一健康保険加入世帯員】

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	続柄	生年月日	年齢	住所
	本人			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 個人番号 <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 個人番号 <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 個人番号 <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 個人番号 <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ 個人番号 <input type="text"/>

年 月 日

(提出先)

大阪市 区保健福祉センター所長

住 所

氏名

【市民税における16歳～18歳の特定扶養親族】

今回、閲覧する上記世帯員の市民税において、当該市民税の対象となる前年の12月31日時点で、16歳～18歳までの控除対象扶養親族(特定扶養親族)が含まれている場合、被扶養者およびその扶養者の氏名他を記載してください。

フリガナ 被扶養者氏名	扶養者の氏名	生年月日	年齢	住所
		・ 　・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ 　・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ 　・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ 　・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ 　・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ

収入状況申告書

〔市民税非課税世帯（低1・低2）に属する方のみ提出してください〕

申告者（受診者）

住 所 _____

氏名・印 _____

次のとおり申告します。

(1) 受診者の合計所得金額の状況

市民税算定の基礎となる合計所得金額	円
-------------------	---

(2) 受診者の収入等の状況

受診者の方が支給されている年金や手当名の□にチェックをして、その年額を記入し、その金額のわかる書類のコピーを申請書に併せて提出してください。

区分	種類	収入額
年 金	<input type="checkbox"/> 障がい（基礎1級・基礎2級・厚生・共済）年金 <input type="checkbox"/> 遺族（基礎・厚生・共済）年金 <input type="checkbox"/> 老齢（基礎・厚生・共済）年金 <input type="checkbox"/> 特別障がい者給付金 <input type="checkbox"/> 障がいを事由に支給される労災による年金等	円
手 当	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	円
その他	その他の年金・手当など（ ）	円

添付書類

- 障がい者が受給している年金証書の写し、年金振込通知書の写し等
- 障がい者が受給している特別障がい者手当等の決定通知書の写し等

※情報連携等により関係公簿を照会・閲覧することで、上記添付書類により証明すべき事項を確認できる場合、添付書類を省略することができます。

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

〇〇区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

自立支援医療（更生医療）支給認定通知書

先に申請のありました自立支援医療（更生医療）の支給について、次のとおり支給を認定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

公費負担者番号

公費受給者番号

決定日

有効期間 から

まで

重度かつ継続

自己負担上限額（月額）

適用開始月

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）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6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）

自立支援医療受給者証（更生医療）									
公費負担者番号								公費受給者番号	
受診者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日								
	住所								
	保険者名								
	加入医療保険の記号					番号			
保護者	フリガナ								
	氏名								
	住所								
	続柄								
指定医療機関名	病院・診療所								
自己負担上限額 (月額)									
重度かつ継続		有効期間							
公費負担の対象 となる障がい								特定疾病療養受療証	
医療の具体的方針									
備考									
上記のとおり認定する。									
年月日									
大阪市 区保健福祉センター所長									

健康保険等に加入している方は、その資格確認を行いますので、本受給者証と併せて医療保険の資格情報が確認できる資料を医療機関窓口に必ず提示してください。人工透析を受ける方は、本受給者証と併せて特定疾病療養受療の認定者であることが確認できる資料を医療機関窓口に提示してください。

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

○○区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

自立支援医療（更生医療）認定却下通知書

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58条第1項の規定による自立支援医療（更生医療）の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請日

理由

- ・所得基準を上回る所得であるため
- ・自立支援医療の対象となる疾病、障がいではないため
- ・その他

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）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6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）

自立支援医療受給者証(更生医療)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	〒 大阪市 区						電話番号				

公費受給者番号		医療券交付 年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日まで		
再交付を受ける理由	破損 • 汚損 • 紛失 • その他()		

障害者の日常生活およ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、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。

申 請 者 氏 名 _____
 年 月 日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提 出 者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療機関職員
			<input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所	電話番号		

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付すること。

※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに保健福祉センター所長に返還すること。

※ 申請者氏名印については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

上記申請内容により、

自立支援医療受給者証を再交付します。

決 裁 欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員
	・	・				
	決裁年月日					
	・	・				

公印審査	
取扱責任者	文書主任

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）

受 診 者	フリガナ								生年月日	
	氏名								年月日	
	住所	〒							電話番号	
公費受給者番号										
個人番号										
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)									
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・ 保険者名・ 受診者と同一の加入者)									
	身体障がい者手帳・ 精神障がい保健福祉手帳 番号									
備考										

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療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。

届出者氏名

年月日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

※ 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。

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員	
			<input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所	電話番号		

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

〇〇区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

自立支援医療（更生医療）自己負担額変更通知書

自立支援医療（更生医療）の支給について、次のとおり自己負担上限額（月額）に変更がありましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

公費負担者番号

公費受給者番号

変更年月日

有効期間 から

まで

重度かつ継続

自己負担上限額（月額）

適用開始年月

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）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6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）

更生医療

期間延長

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	〒	大阪市			区								

公費受給者番号							医療券交付 年 月 日	年 月 日
診療開始年月日	年 月 日							
変更事項 及び事由								
変更後の概算額								

上記内容に誤りがないことを証明いたします。

指定自立支援医療機関名

更生医療を受けたところ、

期間を延長
医療の内容を変更

する必要が生じたので上記のとおり申請します。

由 請 者 氏 名

年 月 日

(提出先) 大阪市

区保健福祉センター所長

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療機関職員
			<input type="checkbox"/> その他	()
住所	電話番号			

— — — — —

- 上記申請内容により、
 期間延長・内容変更を承認し、承認通知書を発行します。

□ 別冊延長 内容変更を承認とし、即ち通知書を発行します。						
決 裁 擇	起案年月日 ・ 決裁年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員

公印審査	
取扱責任者	文書主任

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

〇〇区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

自立支援医療（更生医療）内容変更承認通知書

先に申請のありました自立支援医療（更生医療）の内容変更について、次のとおり承認されましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

公費負担者番号

公費受給者番号

変更年月日

有効期間

から

まで

医療方針

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）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6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）

〈郵便番号〉

〈住所〉

〈氏名〉 様

〇〇区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

自立支援医療（更生医療）内容変更却下通知書

先に申請のありました自立支援医療（更生医療）の内容変更について、審査の結果、次の理由により不支給と決定しましたのでご了承ください。

記

対象者氏名

対象者住所

申請日

公費負担者番号

公費受給者番号

理由

この処分に不服があるときは、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、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があつたことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があつた日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があつた日の翌日から起算して1年を経過すると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。）