

大阪市自立支援医療費（精神通院医療）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 に規定する精神通院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（精神通院医療）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。
- 6 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。以下「精神保健福祉法」という）第 45 条に基づく精神障がい者保健福祉手帳（精神障がい者保健福祉手帳用の診断書に基づくものに限る。）を「手帳」という。

第 2 自立支援医療（精神通院医療）の対象

- 1 自立支援医療（精神通院医療）の対象となる者は、精神保健福祉法第 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状態の精神障がい（てんかんを含む）とする。
- 2 自立支援医療（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。ここで、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

あつては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。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）に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。また、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、又は障がいの再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第 3 自立支援医療（精神通院医療）の実施主体

自立支援医療（精神通院医療）の支給認定申請は、申請者の居住地において行う。大阪市では、申請者の居住する区の保健福祉センターを自立支援医療（精神通院医療）支給認定の実施主体とする。なお、申請者が何らかの事情により居住地の住民基本台帳に登録がない場合で、当該区に居住の実態が確認されれば、その区の保健福祉センターにおいて申請を受理する。また、行旅病人等で居住地を有しないときは、現在地（＝発生地）を管轄する保健福祉センターにおいて申請を受理する。

第 4 支給認定の申請

支給認定の申請は、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施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号。以下「規則」という。）第 35 条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 申請

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定は、申請による。申請は、大阪市長あてに行い、大阪市各区保健福祉センターにおいて受理する。また、申請は、受診者本人によるほか、家族、医療機関職員等が自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書の提出等の申請手続の代行することができる。

2 申請書類

自立支援医療（精神通院医療）に関わる様式は次のとおりとする。

- （1）自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（別紙 1。以下「申請書」）
- （2）同意書兼世帯状況申出書（別紙 2。以下「同意書」）
- （3）自立支援医療（精神通院医療）診断書（別紙 3。以下「診断書」）
- （4）自立支援医療受給者証等記載事項変更届（別紙 4。以下「記載事項変更届」）
- （5）自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書（別紙 5。以下「再交付申請書」）
- （6）自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請取下書（別紙 6。以下「取下書」）

(7) 自立支援医療受給者証（精神通院医療）（別紙7。以下「受給者証」）

(8) 自立支援医療（精神）自己負担上限額管理票（別紙8。以下「自己負担上限額管理票」）

以上の様式に変更がある場合には、大阪市こころの健康センターにおいて決裁を行う。

別紙1から別紙6の様式は大阪市こころの健康センターのホームページにおいて公開する。

3 各区保健福祉センターにおける受付事務について

各区保健福祉センターにおいて、次の必要書類の所定事項が記載されていること、添付書類が添付されていることを確認するほか、受診者及び受診者と同じ「世帯」に属する者の各種医療保険の加入関係を個人番号（マイナンバー）による情報照会や資格確認書等により確認し、総合福祉システムに申請入力を行う。

(1) 新規の自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請

ア 自立支援医療（精神通院医療）診断書による申請の場合

・必要書類

①申請書

②同意書

③診断書（指定自立支援医療機関において精神障がい者の診断又は治療に従事する医師が作成したもの）

④その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

イ 精神障がい者保健福祉手帳用と同時に申請の場合

・必要書類

①申請書

②同意書

③精神障がい者保健福祉手帳用診断書（指定自立支援医療機関において精神障がい者の診断又は治療に従事する医師が作成したもの）

④その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

ウ 既に交付されている精神障がい者保健福祉手帳をもとに申請の場合

・必要書類

①申請書

②同意書

③交付中の精神障がい者保健福祉手帳（指定自立支援医療機関において精神障がい者の診断又は治療に従事する医師による診断書によって判定されたものであること）

④その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

(2) 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の継続申請

自立支援医療費（精神通院医療）の認定を受けている者が継続のために申請をする場合、有効期限が終了する3ヶ月前から申請を行うことができる。なお、大阪市においては、有効期限終了後2ヶ月以内であれば、継続申請として取扱うことができることとする。

・必要書類

①申請書

②同意書

③診断書（指定自立支援医療機関において精神障がいの診断又は治療に従事する医師が作成したもの）ただし、診断書の提出は、2年に1回の提出とすることができる。

④その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

⑥受給者証原本

(3) 大阪市内で自立支援医療費（精神通院医療）の認定を受けている者が市内に転入による受給者証交付申請

・必要書類

①申請書

②同意書

③その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

④転入前自治体で交付された受給者証原本

支給認定を行う際には、医師の診断書が必要であるが、転入前の自治体で支給認定を受けた際に提出した医師の診断書（写し）を取り寄せても差し支えない。

(4) 保険・保険上の世帯員・自己負担上限額の変更申請

・必要書類

①申請書

②同意書

③その他受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

④受給者証原本

(5) 医療機関の変更・追加申請

大阪市長が変更することを決定した日から新たな指定自立支援医療機関に変更することとする。なお、同一の指定自立支援医療機関が医療機関コードが変更された

ことにともなう医療機関の変更申請は、当該自立支援医療機関の自立支援医療機関指定日に遡及して変更して差し支えない。

- ・必要書類

- ①申請書

- ②受給者証原本

(6) 氏名・住所等の変更申請

- ・必要書類

- ①記載事項変更届

- ②受給者証原本

(7) 受給者証の再交付申請

- ・必要書類

- ①再交付申請書

(8) 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請取下

- ・必要書類

- ①取下書

第5 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の要否判定について

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の要否判定については、執行機関の附属機関に関する条例（昭和28年大阪市条例第35号）第2条の規定に基づき、大阪市自立支援医療費（精神通院）支給認定・手帳交付審査委員会において診断書または手帳の診断書の審査を行い、大阪市こころの健康センター（精神保健福祉センター）所長より、各区保健福祉センター所長に対し、判定結果を通知する。

第6 支給認定

1 支給認定

(1) 大阪市こころの健康センターの要否判定をともなう支給認定

大阪市長は、各区保健福祉センターにおいて、大阪市こころの健康センターから通知された判定結果により、自立支援医療（精神通院医療）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」

（注1）への該当の有無の判断及び第7に定める負担上限月額認定を行った上で、申請者に対して受給者証・自立支援医療（精神通院医療）支給認定通知書の交付を行う。

また、要否判定の結果、自立支援医療（精神通院医療）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、申請者に対して却下通知書を交付する。

(2) 大阪市こころの健康センターの要否判定をとみなわない支給認定

各区保健福祉センターにおいて、診断書の提出を要しない年度の更新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」(注1)への該当の有無の判断及び第7に定める負担上限月額認定を行った上で、申請者に対して受給者証・自立支援医療(精神通院医療)支給認定通知書の交付を行う。

また、要否判定の結果、自立支援医療(精神通院医療)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、申請者に対して却下通知書を交付する。

(注1)「重度かつ継続」の対象となるのは、次のいずれかに該当する者とする。

①診断書の主たる病名(ICDコード)がF00～F39、G40と認められる場合

②精神保健指定医もしくは3年以上精神医療に従事した医師により、精神症状が重度であり、計画的・集中的な通院医療が必要であると判定される場合

③申請前の直近1年間で高額な治療を継続して行い、国民健康保険などの公的医療保険の「高額療養費」の支給を3回以上受けた場合

2 支給認定の有効期間

支給認定の有効期間は、新規の支給認定の場合には、各区保健福祉センターが申請書を受理した日を始期とし(注2)、その始期から1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。また、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を継続する場合には、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期より1年以内の日で月の末日たる日を終期とする。

(注2) 郵送による申請の場合は、消印日を始期として差し支えない。また、大阪市外からの転入による申請の場合は、各区保健福祉センターにおいて、転入前に支給認定された残りの期間を認定する。

3 各区保健福祉センターにおいて、受給者証に登録申請された指定医療機関について指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定を受けているか確認を行う。また、登録申請された医療機関が指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定を受けていないときは、申請者に対して指定自立支援医療機関(精神通院医療)を利用するよう、申請書の修正を求める。

4 受給者証に登録する指定自立支援医療機関は、病院・診療所、薬局及び訪問看護ごとに次のとおり登録機関数に制限を設ける。

(1) 指定自立支援医療機関(病院・診療所)

指定自立支援医療機関(病院・診療所)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。

(2) 指定自立支援医療機関（薬局）

指定自立支援医療機関（薬局）は、同一受診者に対し2か所とすること。

(3) 指定自立支援医療機関（訪問看護）

指定自立支援医療機関（訪問看護）は、同一受診者に対し1か所とすること。

5 保険・保険上の世帯員・自己負担上限額の変更

保険情報の変更は、変更申請日（各区保健福祉センター受理日）から変更するものとする。

自己負担上限額の変更は、大阪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、生活保護の開始及び廃止にともなう所得区分の変更については、生活保護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。

6 医療機関の変更・追加申請

大阪市長が変更することを決定した日から新たな指定自立支援医療機関に変更することとする。なお、同一の指定自立支援医療機関が医療機関コードが変更されたことになう医療機関の変更申請は、当該自立支援医療機関の自立支援医療機関指定日に遡及して変更して差し支えない。

7 各区保健福祉センターにおいて交付された受給者証は、受給者の同意を得て登録された指定医療機関に発送することができることとする。

第7 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82万6千5百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7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（次に掲げる者を含むものとし、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。

- ・ 市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者

（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（当該合計所得金額に所得税法第28条第1項に規定する給与所得が含まれている場合においては、当該給与所得については、同条第2項の規定により計算した金額（租

税特別措置法第 41 条の 3 の 3 第 2 項の規定の適用がある場合においては、当該金額に同項の規定により控除される金額を加えて得た額) から 10 万円を控除して得た額 (当該額が 0 円を下回る場合には、0 円とする。) によるものとし、所得税法第 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とする。) 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 235,000 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 5) 「所得割」を算定する場合には、次によることとする。

- ・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。

- ・地方税法第 318 条に規定する賦課期日において指定都市 (地方自治法 (昭和 22 年法律第 67 号) 第 252 条の 19 第 1 項の指定都市という。以下同じ。) の区域内に住所を有する者であるときは、これらのものを指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして、所得割の額を算定するものとする。

(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 235,000 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 33,000 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33,000円以上235,000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って、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。

第8 受給者証及び自己負担上限額管理票の取扱い

- 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、自己負担上限額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自己負担上限額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 自己負担上限額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自己負担上限額管理票に記載し、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、自己負担上限額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自己負担上限額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精神通院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、自己負担上限額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、受給者証再交付申請書を大阪市長に提出し、再交付を受けること。
- 5 自己負担上限額管理票は、大阪市こころの健康センターより各区保健福祉センター及び医療機関等に随時送付する。

第9 医療保険未加入者の取扱い

- 1 大阪市長は、各区保健福祉センターにおいて、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において、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7の3の適用はないものとする。

第10 支給認定の廃止について

- 1 大阪市長は、受給者の心身の障がいの状態からみて自立支援医療（精神通院医療）を受ける必要がなくなつたと認めるときは、受給者もしくは医療機関に確認を行い、総合福祉システムに廃止入力を行い、受給者証原本の返還を求めることとする。
- 2 大阪市長は、他自治体の自立支援医療（精神通院医療）担当課から転入の通知等の連絡を受けた場合、転入先自治体と確認の上、福祉システムに廃止入力を行い、受給者もしくは医療機関から受給者証原本の返還を求めることとする。ただし、受給者証原本が他自治体の申請書類として保存される場合は、返還を求めなくてもよいものとする。
- 3 大阪市長は、受給者が死亡の場合、総合福祉システムに廃止入力を行う。

第11 指定自立支援医療機関の指定について

大阪市は、大阪市こころの健康センターにおいて、法及び指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定要領その他関係法令の規定に基づき、指定自立支援医療機関の指定を行う。指定自立支援医療機関については、大阪市健康局のホームページにおいて広く周知し、公示を行ったこととする。

第 12 精神通院医療に係る診療報酬の審査及び支払について

大阪市長は、法第 73 条第 4 項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、社会保険診療報酬支払基金の支部長及び国民健康保険団体連合会の理事長と締結した契約書の規定により行う。

第 13 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することとなる。

第 14 その他

大規模災害等により総合福祉システムが停止した場合は、関係機関と連絡調整のうえ、対応する。

附 則

この要領は、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

この要領は、平成 28 年 11 月 1 日から適用する。

この要領は、平成 30 年 2 月 1 日から適用する。

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

この要領は、平成 30 年 9 月 1 日から適用する。

この要領は、令和元年 5 月 7 日から適用する。

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

この要領は、令和 3 年 7 月 1 日から適用する。

この要領は、令和 7 年 7 月 1 日から適用する。

この要領は、令和 8 年 7 月 1 日から適用する。