

神戸市自立支援医療費支給認定通則実施要綱

(定義)

第1条 この要綱において用いる用語の定義を次の各号のとおり定める。

- (1) 障害者又は障害児の保護者を「障害者等」という。
- (2) 指定自立支援医療の提供を受ける障害者又は障害児を「受診者」という。
- (3) 自立支援医療費の支給を受ける障害者等を「受給者」という。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 申請者並びに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「令」という。）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。

(所得区分)

第2条 自立支援医療費の支給認定については、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）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。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）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) 前号の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者（以下単に「重度かつ継続」という。）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。
 - ④' 中間所得層1 負担上限月額 5,000円
 - ④'' 中間所得層2 負担上限月額 10,000円
- (3) 第1号の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が重度かつ継続に該当しない場合であって、育成医療を受けるときには、令和9年3月31日までの間は、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。
 - ④' 中間所得層（育成医療）Ⅰ 負担上限月額 5,000円

④” 中間所得層（育成医療）Ⅱ 負担上限月額 10,000 円

（４）第１号の所得区分のうち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。

⑤’ 一定所得以上（重度かつ継続） 負担上限月額 20,000 円

（５）第１号の所得区分のうち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後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。

（６）第１号の所得区分のうち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。

- ・ 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、本要綱第 5 条第 1 項による。）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又は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（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。

（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（昭和 40 年法律第 33 号）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（昭和 32 年法律第 26 号）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（当該額が零を下回る場合には、零とする。）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） 「その他厚生労働省令で定める給付」とは、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「施行規則」という。）第 54 条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

（7）第 1 号の所得区分のうち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。

（8）第 1 号の所得区分のうち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。

（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。

（9）第 1 号の所得区分のうち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。

（10）第 2 号の所得区分のうち④' 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。

（11）第 2 号の所得区分のうち④'' 中間所得層 2 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 千円以上 23 万 5 千円未満の場合であるもの。

（12）第 3 号の所得区分のうち④' 中間所得層（育成医療）Ⅰの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、育成医療に係る申請であり、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。

(13) 第3号の所得区分のうち④”中間所得層（育成医療）Ⅱの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、育成医療に係る申請であり、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。

(14) 第8号から第13号までにおいて、市町村民税額（所得割）の合計を判断する場合には、本要綱第5条第1項に基づくこと。

(15) ⑤’一定所得以上（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。

- ・ 当面の重度かつ継続の範囲

「疾病・症状等から対象になる者」

（育成医療・更生医療）腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）を有する者

（精神通院医療）A 統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）

B 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、精神障害のため計画的・集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）を継続的に要すると判断されたもの。

「疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者」

医療保険の多数該当者（医療保険制度において、過去1年間に同一世帯で「高額療養費」の受給が3回以上ある場合）

（「世帯」）

第3条 「世帯」については、受診者の属する世帯の世帯員のうち、第7項の②に掲げる特例に該当する場合を除き受診者と同じ医療保険に加入する世帯員をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱う。

2 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、第7項の②に掲げる特例に該当する場合を除き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。

3 申請者から申請を受けた場合には、自立支援医療費（育成医療）（更生医療）（精神通院医療）支給認定申請書（別紙様式第1号。以下「申請書」という。）を提出させる他、受給者の各種医療保険の加入関係を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。）により確認すること（注1）。あわせて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の各種医療保険の加入関係を情報提供ネットワークシステム等により確認すること。

（注1）受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の各種医療保険の加入関係も併せて情報提供ネットワークシステム等により確認するものとする。

4 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者である場合については、申請者

が申告してきた受診者と同一保険の加入者が「世帯」全員のものかどうかの確認を、受給者の同意に基づき神戸市国民健康保険被保険者情報で確認する。（受給者の同意が得られない場合は、申請者に住民票を提出させる、職権で調査する等の方法によって行う。）

5 「世帯」に属する受診者を除く世帯員の各種医療保険の加入関係についても情報提供ネットワークシステム等により確認すること。その際、加入している医療保険によって、本要綱第5条に定める所得区分の認定に際して対象となる世帯員の範囲が異なることに留意すること。

6 「市町村民税世帯非課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額の算定については、受診者の属する「世帯」の世帯員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）の課税状況を基準とすることが基本となる。なお、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であって、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に「市町村民税世帯非課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の「世帯」における合計額の算定について再確認を行うことを必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。

7 「世帯」の範囲の特例

① 受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子ども等がいる場合であっても、その親、兄弟、子ども等が、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、申請者の申請に基づき、特例として、受診者及びその配偶者を当該親、兄弟、子ども等とは別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行うことを選択できるものとする。

- ・ この特例は、申請者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外の同一の世帯に属する世帯員が市町村民税課税である場合にのみ認めることとする。
- ・ この特例に係る申請があった場合には、申請書の他、当該申請者及びその配偶者が扶養関係に基づく税制上及び医療保険上の各種控除（以下「扶養控除」という。）の対象となっていないかどうかを確認するため、受給者の同意に基づき、税情報及び神戸市国民健康保険被保険者情報により確認する。受給者の同意が得られない場合は、同一世帯に属する者の市町村民税に係る税情報の記載された適宜の書面若しくはその写しを提出させる又は職権で調査する等の方法により、その内容を確認する。
- ・ なお、ある年度において扶養関係にあったものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合であって、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、受給者から、その旨の確認を誓約書等適宜の方法によって得ることにより、受給者及びその配偶者を他の世帯員と別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。

② 受診者が18歳未満の場合については、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなすものとする。

8 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、新たに各

種医療保険の加入関係を確認の上、受給者に速やかに変更の届出をさせる。なお、「世帯」の状況の変化に伴い支給認定の変更が必要となった場合には、別途支給認定の変更の申請が必要となる点に留意する。

（「世帯」の所得の認定）

第4条 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定する。

2 申請の際の受給者の同意に基づく税情報での確認、提出資料、申請者からの聞き取りから、所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を⑤一定所得以上として取り扱う。

また、市町村民税額（所得割）が23万5千円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、本要綱第2条第2項に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2と、本要綱第2条第3項に該当する場合は所得区分を④”中間所得層（育成医療）Ⅱとして取り扱う。

さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取扱う。

3 「世帯」の所得の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認する。

（「世帯」の所得区分の認定）

第5条 「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、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等については、受給者の同意に基づき、税情報等により算定し、認定を行う（受給者の同意が得られない場合や税情報で確認できない場合は、市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行う）。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。

また、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者から「収入申告書」（別紙様式第22号）を提出させ、申請者の収入を算定し認定する。

障害年金等の公的年金、特別児童扶養手当等の受給状況については、受給者の同意に基づき、情報提供ネットワークシステム、手当受給情報により確認する。（受給者の同意が得られない場合や情報提供ネットワークシステム、手当受給情報で確認できない場合は、公的年金の受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき認定を行う。公的年金等の資料が無い場合は「公的年金受給状況照会にかかる同意書」（別紙様式第23号）を提出させ社会保険事務所等に対し公的年金の受給内容について照会するものとする。）

所得区分が生活保護世帯に該当するかどうかを判断する場合には、受給者の同意に基づき、生活保護情報により確認する。（受給者の同意が得られない場合や生活保護情報で確認できな

い場合は、「生活保護適用証明書」を提出させ、認定する。「生活保護適用証明書」を提出できない場合は「生活保護受給状況照会にかかる同意書兼回答書」（別紙様式第 21 号）を提出させ、生活保護担当課に内容照会し確認するものとする。）

- 2 法第 12 条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面上に得ておくこととする。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいこととする。

- 3 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。

なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

（支給認定の変更）

- 第 6 条 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、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、自立支援医療受給者証（別紙様式第 3 号。以下「受給者証」という。）を添えて提出させる。

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（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当の変更によるもの）及び指定自立支援医療機関の変更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（別紙様式第 6 号）をもって届出させる。

- 2 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の認定を行っ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し、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付する。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、却下通知書（別紙様式第 4 号）を申請者に交付する。
- 3 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、変更の認定を行った日以降より新たな医療機関に変更するものとし、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。なお、指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、却下通知書を申請者に交付する。

（医療の種類と負担上限月額、食事療養費及び生活療養費）

- 第 7 条 自立支援医療の負担上限月額は、令第 1 条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、更生医療又は精神通院医療）ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。

- 2 所得区分が④中間所得層である育成医療又は更生医療の受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、重度かつ継続に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病の全てについての自立支援医療に係る自己負担額の合計額について、重度かつ継続に係

る負担上限月額を適用する。

- 3 育成医療及び更生医療に係る入院時の食事療養及び生活療養については、所得区分が①生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者（以下「食費療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定の例により算定した額が自立支援医療費の対象となりうるのだが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、自立支援医療費からは食事療養費及び生活療養費分が支払われないこととなる。）。

一方、食費療養費等減免者には、入院時の食事療養及び生活療養費に係る自己負担額を0円とするので、食費療養費等減免者以外の受給者とは異なり、自立支援医療費から少なくとも医療保険の標準負担額相当部分が支給されることとなる（原則的に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が自立支援医療費から支給されることとなるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食費療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、生保世帯等で医療保険に加入していない食費療養費等減免者については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ自立支援医療費として支給されることとなる。）。

- 4 なお、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

（未申告者の取扱い）

第8条 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、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

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。また、この場合においては、本要綱第2条第4項の適用はないものとする。

- 2 ただし、精神通院医療については、障害者自立支援法制定以前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。

・精神保健福祉センターが、非課税とみなしてよいと判断すれば、非課税とみなすことができる。

- 3 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を③低所得2と認定するものとするが、精神保健福祉センターの判断により、障害基礎年金1級を受給する者とのバランスを失することのないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮した上で所得区分を②低所得1と認定しても差し支えない。

(医療保険未加入者の取扱い)

第9条 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又は支援給付世帯の医療支援給付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を促すとともに、区役所の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにする。

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は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯又は支援給付世帯となり得る場合を除き、速やかに区役所の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにする。

3 第1項及び第2項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 第1項及び第2項にかかわらず、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。なお、この場合においては、本要綱第2条第4項の適用はないものとする。

(指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額と医療費の補助)

第10条 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収する。ただし、下記の対象者は、医療総額の1割相当額と下記の自己負担の上限額とを比較し、低い方の金額（以下、「一部負担金額」という。）を負担する。

また市長は、次の各号のいずれかに該当する場合に、法第58条第3項に定める自己負担額から一部負担金額を控除した額（18歳の誕生日（誕生日が2月29日である者について、うるう年以外の年にあつては、2月28日。以下同じ。）の前日以後の最初の3月31日までの間にある対象者の入院に係る医療費の場合にあつては、神戸市重度障害者医療費助成に関する条例第3条第1項に規定する被保険者等負担額の全額）を補助する。

(1) 外 来（通院）

一日の同一医療機関における自己負担の上限額は、神戸市重度障害者医療費助成に関する条例第3条第2項第1号ア（低所得者1の者又は対象者が18歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日までの間にある者にあつては、同項第2号ア）に規定する額とする。

ただし、同一の日に同一の医療機関において2回以上当該医療を行ったときは、自己負担金の支払の合計額は、その合計額を1回の自己負担額とみなす。

また、同一の月に同一の医療機関において2日以上当該治療を行ったときは、自己負担金の徴収は2日を限度とする。

(2) 入 院

同一の医療機関における一月の自己負担の上限額は、神戸市重度障害者医療費助成に関する条例第3条第2項第1号ウ（低所得者1の者にあつては、同項第2号ウ）に規定する額とする。

- (3) 重症心身障害児（者）（肢体の身体障害者手帳1級又は2級と重度の知的障害（療育手帳A判定等）を重複して有する障害児（者））は、外来（通院）・入院ともに自己負担なしとする。ただし、食事療養及び生活療養に係る費用は自己負担とする。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額（高額療養費基準額）を超えた場合は、通常どおりの高額療養費制度が適用されるため、医療機関窓口では医療保険各法の定めるところ（健康保険であれば3割など）により支払い、保険者から高額療養費の償還を受ける取扱いとなること。
- 3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せ行う病院又は診療所は、第1項に規定の適用については、歯科診療及び歯科診療以外の診療につきそれぞれ別個の医療機関とみなす。
- 4 連続する3月において入院に係る医療を受け、かつ、第1項第2号に規定する額の自己負担を支払ったときは、当該3月に連続する月において入院に係る医療を受ける場合の自己負担はなしとする。

（負担上限管理票の取扱い）

- 第11条 自立支援医療において負担上限月額が設定された者のうち、指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額の総額が、所得区分に応じた負担上限月額を超える者については、管理票を交付する。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療機関で指定自立支援医療を受ける際に受給者証とともに、管理票を医療機関に提示すること。
- 3 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、管理票の所定欄にその旨を記載すること。
- 4 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う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。

（指定自立支援医療機関）

第12条 神戸市長は、法第59条第1項で定めるところにより、指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成する。

また、指定自立支援医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付する。

(医療保険各法等との関連事項)

第 13 条 他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第 2 条に規定されておりであること。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。

附 則

本要綱は、平成 18 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 19 年 7 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 20 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 21 年 4 月 1 日より施行し、第 10 条の規定については、平成 21 年 7 月 1 日から適用する。第 10 条の適用日前に行われた診療等に係る指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額については、なお従前の例による。

附 則

本要綱は、平成 23 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 23 年 11 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 24 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 25 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 27 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 28 年 7 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、平成 30 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、令和 2 年 7 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、令和 3 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、令和 3 年 7 月 1 日より施行する。ただし、第 10 条の規定は、令和 3 年 10 月 1 日

より施行する。

附 則

本要綱は、令和 6 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

本要綱は、令和 7 年 4 月 1 日より施行する。