

岡山県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定事務処理要領

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。）第 58 条第 1 項による自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務処理については、法令の定めるところによるほか、本要領に基づいて実施することとする。

第 1 定義

- 1 障害者又は障害児の保護者を「障害者等」という。
- 2 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（精神通院医療）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（精神通院医療）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「政令」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（精神通院医療）の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「世帯」という。
- 7 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 条に基づく精神障害者保健福祉手帳（精神障害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 自立支援医療費（精神通院医療）の対象及び医療の範囲

- 1 自立支援医療費（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害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害（てんかんを含む）とする。
- 2 自立支援医療の範囲は、精神障害及び当該精神障害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。

ここでいう「当該精神障害に起因して生じた病態」とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態又は当該精神障害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っては、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ため、範囲外とする。

- 3 また、症状がほとんど消失している患者であっても、障害の程度が軽減している状態を維持し、又は障害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、対象とする。

第3 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「省令」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。

- 1 支給認定の申請については、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（別紙様式第 1 号。以下「申請書」という。）に次の書類を添付して行う。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。

（1）支給認定の申請のみを行う場合

- ア 指定自立支援医療機関において精神障害の診断又は治療に従事する医師による診断書（精神通院医療用）（別紙様式第 2 号。以下「医師の診断書」という。）
- イ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、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。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び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。）の証明書及び市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）

（2）手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

- ア 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師であって、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による診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和 59 年岡山県規則第 20 号）様式第 35 号。以下「精神障害者保健福祉手帳用の診断書」という。）
- イ 政令第 35 条第 1 項第 1 号に規定する高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）に該当する旨を申請する場合にあっては、「重度かつ継続」に関する意見書（別紙様式第 8 号）
- ウ 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料

- （3）（1）又は（2）に規定する医師の診断書又は精神障害者保健福祉手帳用の診断書（重度かつ継続の該当者にあっては、加えて「重度かつ継続」に関する意見書）については、前回の支給認定に係る申請において、これを提出している障害者等が、当該支給認定の有効期間満了後も引き続き当該精神通院医療に係る自立支援医療費の支給認定の申請を行う場合であって、前回の支給認定に係る申請時点から当該申請に係る障害者等に病状の変化及び治療方針の変更がない場合は、添付を省略することができる。

ただし、前回の支給認定に係る申請の際に所得区分が生活保護、低所得 1 又は低所得 2 で「重度かつ継続」に関する意見書を添付していなかった場合であって、今回、「重度かつ継続」の申請を行う場合は、当該意見書の添付の省略はできないものとする。

- 2 申請書は、受給者の居住地を管轄する市町村長（岡山市を除く。以下同じ。）に提出するものとする。提出を受けた市町村においては、申請書、添付資料等を確認の上、該当する所得区分等を記入して岡山県精神保健福祉センター（以下「センター」という。）に進達するものとする。
- 3 支給認定の申請は、現に支給認定を受けている者がその継続のために申請する場合には、支給認定の有効期間の終了する日のおおむね3か月前から行うことができるものとする。

第4 支給認定

- 1 センター所長は、所定の手続による申請書を受理したときは、次により審査を行う。
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等により確認を行う。

（1）支給認定の申請のみを行う場合

精神通院医療の要否についてセンターにおいて判定すること（本要領第3の1の（3）に基づき、診断書の添付が省略されている場合はこの限りではない。）。センター所長は、別記の判定指針により、自立支援医療の要否について判定し、支給認定を行うか否かを決定する。

センター所長は、支給認定を行うことを決定したときは、別紙様式第5号による自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を、支給認定を行わない決定をしたときは、別紙様式第6号による通知書を、受給者の居住地を管轄する市町村長を経由して申請者に交付する。

（2）手帳の新規交付又は再交付の申請と併せて支給認定の申請を行う場合

センター所長は、速やかに手帳の交付の可否について所定の審査を行い、手帳の交付の決定をしたときは、手帳を交付する。また、支給認定を行ったときは、受給者証を交付する。

なお、センターが手帳の交付の可否について判定を行う際においては、手帳の交付については否とする場合でも、別記の判定指針により、自立支援医療の要否について判定し、支給認定を行うかどうかを決定するものとする。

（3）手帳を所持している者が自立支援医療費の支給認定の新規の申請を行う場合

① 手帳の有効期間の満了日までの期間内を有効期間とする支給認定を行う場合

- ・ 重度かつ継続に該当する新規の申請を行う場合は、被保険者証等、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況及び「重度かつ継続」に関する意見書により重度かつ継続に該当するかを確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。
- ・ 重度かつ継続に該当しない新規の申請を行う場合は、受診者の属する「世帯」の所得の状況が確認できる資料等により所得の状況を確認し、精神通院医療が必要と判断されれば速やかに受給者証を交付することができる。

② ①以外の場合

（1）に準じて行うこと。

(4) 支給認定時の投薬状況の確認等について

① 支給認定時の投薬状況の確認

- ・ 支給認定の際、申請者から提出される診断書の投薬内容に同一種類の向精神薬が3種類以上処方されているか確認すること。
- ・ 同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合には、指定自立支援医療機関（病院・診療所）から理由を求めること。
- ・ 不適正な事例が認められる場合は、過去の投薬状況を確認し、治療方針等を十分に審査した上で、支給認定を行うこと。

② 支給認定後の対応

- ・ 支給認定の際に①に該当した者等、今後も引き続き確認が必要であると判断された者がいた場合については、指定自立支援医療機関から診療録等の提出を求め、支給認定期間中の治療状況を把握する。
- ・ 投薬状況が不適切と思われる場合については、指定自立支援医療機関（病院・診療所）から治療（向精神薬の処方）に関する理由書の提出を求め、必要に応じ改善に向けた助言や指導等を実施する。

2 受給者証の有効期間欄には、支給認定の有効期間を記入する。支給認定の有効期間は、新規の申請の場合には、市町村が申請を受理した日を始期とし、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、再度の支給認定を申請する場合には、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。

3 受給者証の交付を受けた者が氏名を変更したとき、同一県内において居住地を移したとき、所得の状況に変化が生じたとき、「世帯」の状況が変化したとき又は保険の種類に変更が生じた場合については、申請と同様に市町村長を経由して、センター所長に届け出させるものとする。

4 精神通院医療を受ける指定自立支援医療機関については、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合、同一の受診者に対し、複数指定することを妨げない。この場合においては、必要に応じて適切な指導を行う。

第5 所得区分

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定については、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。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（政令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおりとする。

- | | | |
|----------------|--------|---------------|
| (1) 生活保護又は支援給付 | 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)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。

(1) 中間所得層1 負担上限月額 5,000円

(2) 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)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。

(1) 一定所得以上(重度かつ継続) 負担上限月額 20,000円

4 1の所得区分のうち(1)の対象は、受診者の属する世帯が生活保護世帯若しくは支援給付世帯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及び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)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。

5 1の所得区分のうち(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(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82万6千500円以下である場合であって、かつ、所得区分が1の所得区分のうち(1)の対象ではない場合であるものとする。

(1) 地方税法(昭和25年法律第226号)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円とみなして計算する。)

(2) 所得税法(昭和40年法律第33号)上の公的年金等の収入金額(注3)

(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8の1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月である場合にあつては、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(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。

(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1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、省令第54条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

6 1の所得区分のうち(3)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)及び(2)の対象ではない場合であるものとする。

7 1の所得区分のうち(4)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)、(2)及び(3)の対象ではない場合であるものとする。

(注) 「所得割」の額を算定する場合には、次によること。

- ・ 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項の指定都市をいう。以下同じ。)の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者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。

8 1の所得区分のうち(5)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。

9 2の所得区分のうち(1)の対象となるのは、1の(4)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。

10 2の所得区分のうち(2)の対象となるのは、1の(4)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とする。

11 7から10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、本要領第8の1に基づいて行う。

12 3の(1)の対象となるのは、1の(5)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。

第6 「世帯」

1 「世帯」については、受診者の属する世帯の世帯員のうち、8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」として取り扱うこととする。

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、8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、申請書を提出させる他、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等により確認するものとする（注1）。併せて、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ものとする。

（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は、申請者が申告し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、申請者に住民票を提出させる、または市町村において職権で調査した結果の報告を受ける等の方法によって行うこととする。
- 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とする。その際、被保険者証等の形式や加入している医療保険によって、本要領第8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。
- 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を妨げない。
- 7 障害者等が精神通院医療に係る自立支援医療費の支給を受ける場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出し、市町村はこれを確認の上、センターに進達し、当該進達を受けたセンターが資料を再確認の上、認定する。
- 8 「世帯」の特例
- ① 受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟又は子ども等がいる場合であっても、その親、兄弟又は子ども等が、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。
- （1）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。
- （2）この特例に係る申請があった場合は、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。）の対象となっているかどうかを確認するため、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又はその写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。

- (3) 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 18歳未満の受診者が国民健康保険の被保険者で保護者が後期高齢者医療の被保険者である場合において、受診者と保護者が同一世帯に属するときは、加入する医療保険は異なるが同一の「世帯」とみなすものとする。

- 9 加入している医療保険が変更となった場合等「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ものとする。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こととする。

第7 「世帯」の所得の認定

- 1 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。
- 2 申請の際の提出資料や申請者からの聞取りから、所得が確認できなければ、原則として所得区分を本要領第5の1の(5)として取り扱うこととする。

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、所得区分を本要領第5の1の(4)として取り扱うこととし、本要領第5の2に該当する場合は所得区分を本要領第5の2の(2)として取り扱うこととする。

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、所得区分を本要領第5の1の(3)として取り扱うこととする。

- 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ものとする。

第8 「世帯」の所得区分の認定

- 1 「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においては被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度においては被保険者全員)に係る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、認定するものとする。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証明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、所得区分が本要領第5の1の(2)に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等、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、申請者の収入を算定し認定するものとする。

- 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できるが、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で得るよ

うな取扱い等を行うことも差し支えない。

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もって足りることとする。

- 3 受診者が精神通院医療を受ける場合は、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出し、市町村はこれを確認の上、センターに進達し、当該進達を受けたセンターが資料を再確認の上、認定する。
- 4 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。

第9 支給認定の変更

- 1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときは、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及び受給者証を添えて提出させることとする。
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（精神通院医療）（別紙様式第3号）をもって届出させることとする。
- 2 受診者が精神通院医療を受けている場合には、申請者は市町村に対して申請書とともに添付資料を提出するので、市町村はこれを確認の上、センターに進達し、当該進達を受けたセンターが資料を再確認の上認定する。
- 3 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。また、第10の1により、自己負担上限額管理票（別紙様式第7号。以下「管理票」という。）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、変更認定を行わない旨の通知書（別紙様式第6号）を申請者に交付する。
- 4 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、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付する。

第10 負担上限月額管理の取扱い

- 1 自立支援医療において負担上限月額が設定され、複数の指定自立支援医療機関を受診する者については、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。
- 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。

- 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。

第 11 医療の種類、負担上限月額

自立支援医療の負担上限月額は、政令第 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。

第 12 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、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。

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は、例外的に、次のように取り扱うものとする。

（１）申請者から申請書等の提出を受けた市町村は、非課税であるとみなすことができるかどうかの意見を付して、センターに関係資料を送付する。

（２）センターは、市町村からの意見を参考に、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。

- 2 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を第 5 の 1 の（３）と認定するものとするが、センターの判断により、所得区分を第 5 の 1 の（２）と認定しても差し支えない。

ただし、この場合は、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することとする。

第 13 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費（精神通院医療）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、市町村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 自立支援医療費（精神通院医療）の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給給付世帯となり得る場合を除き、速やかに市町村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 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。
- 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、所得区分は本要領第5の1の(5)として取り扱う。なお、この場合においては、本要領第5の3の適用はないものとする。

第14 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担

- 1 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。
- 2 所得区分が第5の1の(4)であるため負担額上限月額が設定されていない者については、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、高額療養費基準額を徴収する。この場合、高額療養費は医療機関に支給される。

第15 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、政令第2条に規定されているとおりとする。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16 受給者証の返還

支給認定の有効期間が満了したとき、受診者が他の都道府県(岡山市を含む。)に居住地を移したとき、その他本県において法第58条第1項の支給認定を行う理由がなくなつたときは、速やかに受給者証をその交付を受けた際の居住地を管轄する市町村長を経由してセンター所長に返還させる。

第17 支給台帳

- 1 センターは、受給者証の交付及び自立支援医療費の支給について台帳等を備え付け、支給の状況を明らかにしておく。
- 2 支給の状況については、精神通院医療の対象となつた疾病名及び国際疾病死因分類ICD-10コード（F0～F9及びG40の別）を附記しておく。

附則 本要領は、平成18年4月1日から適用する。

附則 本要領は、平成19年4月1日から適用する。

附則 本要領は、平成20年4月1日から適用する。

附則 本要領は、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 22 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 24 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 25 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 26 年 10 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。

（経過措置）

改正前の本要領に定める別紙様式第 1 号、別紙様式第 3 号及び別紙様式第 4 号による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附則 本要領は、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 30 年 7 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、平成 30 年 9 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、令和元年 5 月 1 日から適用する。

附則 本要領は、令和 2 年 7 月 1 日から適用する。

（経過措置）

改正前の本要領に定める別紙様式第 1 号、別紙様式第 2 号、別紙様式第 3 号、別紙様式第 5 号及び別紙様式第 8 号による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附則 本要領に定める様式に関する規定は公布の日から、第 5 条第 5 項（3）及び同条第 7 項並びに第 8 条の規定は令和 3 年 7 月 1 日から施行する。

（経過措置）

1 改正前の本要領に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

2 改正後の本要領第5条第5項（3）及び同条第7項並びに第8条の規定は、令和3年7月以後に行われた自立支援医療について適用することとし、同年6月以前に行われた自立支援医療については改正前の本要領の規定によるものとする。

附則 本要領は、令和3年3月31日から適用する。

附則 本要領は、令和6年3月29日から適用する。

附則 本要領は、令和7年7月1日から適用する。

（経過措置）

改正前の本要領に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附則 本要領は、令和8年7月1日から適用する。

別記

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針

第1 精神通院医療の対象となる精神障害者

自立支援医療（精神通院医療）（以下単に「精神通院医療」という。）の対象となる精神障害者は、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）第5条に定める統合失調症、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者で、以下の病状を示す精神障害のため、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあるものである。なお、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要がある場合は、精神通院医療の対象となる。

第2 精神通院医療の対象となる精神障害及びその状態像

1 躁および抑うつ状態

国際疾病分類 ICD-10 の気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害などでみられる病態である。疾患の経過において躁状態、およびうつ状態の両者がみられる場合と、いずれか一方のみの場合がある。躁状態においては、気分の高揚が続いて被刺激性が亢進し、多弁、多動、思考奔逸、誇大的言動などがみられる。一方、抑うつ状態では気分は沈み、精神運動制止がみられ、しばしば罪業妄想、貧困妄想、心気妄想などの妄想が生じ、ときに希死念慮が生じたり、昏迷状態に陥ることもある。躁状態で精神運動興奮が強い場合、抑うつ状態で希死念慮が強い場合、あるいは昏迷が持続する場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、躁、およびうつ状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

2 幻覚妄想状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。その主症状として、幻覚、妄想、させられ体験、思考形式の障害などがある。強度の不安、不穏、精神運動興奮がともなう場合や、幻覚妄想に支配されて著しく奇異な行動をとったり、衝動行為に及ぶ可能性がある場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、幻覚妄想状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

3 精神運動興奮及び昏迷の状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害などでみられる病態である。この病態は、精神運動性の障害を主体とし、運動性が亢進した精神運動興奮状態と、それが低下した昏迷状態とがある。しばしば、滅裂思考、思考散乱などの思考障害、拒絶、緘黙などの疎通性の障害、常同行為、衝動行為などの行動の障害を伴う。強度の精神運動性興奮がみられたり、昏迷状態が続く場合などは、入院医療を要する。入院を要さない場合で、精神運動興奮あるいは混迷状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

4 統合失調等残遺状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期、あるいは寛解期などにみられる病態である。この病態では、感情平板化、意欲低下、思路の弛緩、自発語の減少などがみられ、社会生活能力が病前に比べ、著しく低下した状態が続く。不食、不潔、寝たきりの状態が続くなどして身体の衰弱が著しい場合、通常、入院を要する。入院を要さない場合で、このような残遺状態が精神病か、それと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、日常生活の指導、社会性の向上、および疾患の再発予防のため、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

5 情動および行動の障害

国際疾病分類 ICD-10 の成人の人格および行動の障害、症状性を含む器質性精神障害、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、精神遅滞、心理的発達の障害などでみられる病態である。情動の障害には、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動などの情動の障害などがあり、行動の障害には、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常、チック・汚言、性行動の異常などがある。情動および行動の障害により、著しい精神運動興奮を呈する場合、あるいは行動制御の能力を失っている場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、情動および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

6 不安および不穏状態

国際疾病分類 ICD-10 の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は、長期間持続する強度の不安、あるいは恐怖感を主症状とし、強迫体験、心気症状、不安の身体化、および不安発作などを含む。強度の不安により、精神運動不穏を呈するか、あるいは心身の衰弱が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、不安および不穏状態が、

精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

7 けいれんおよび意識障害（てんかん等）

国際疾病分類 ICD-10 のてんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害などでみられる病態である。この病態には、痙れんや意識消失などのてんかん発作や、もうろう状態、解離状態、せん妄など意識の障害などがある。痙れんおよび意識障害が遷延する場合は、入院医療を要する。入院を要さない場合で、痙れん、または意識障害が挿間性に発現し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

8 精神作用物質の乱用、依存等

国際疾病分類 ICD-10 の精神作用物質による精神および行動の障害のうち、精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害などでみられる病態である。当該物質の乱用および依存には、しばしば、幻覚、妄想、思考障害、情動あるいは行動の障害などが生じ、さまざまな社会生活上の問題がともなう。依存を基礎として生じた急性中毒、離脱状態、あるいは精神病性障害において、精神運動興奮が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し、あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、精神通院医療の対象となる。

9 知能障害等

精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に、精神通院医療の対象となる。

自立支援医療費(精神通院医療)認定申請書(新規・再認定・変更)												※1	
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所												
受診者が18歳未満の場合	個人番号												
	フリガナ							受診者との関係					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号※2					
	保護者住所※2												
保護者個人番号													
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号						保険者名						
	受診者と同一保険の加入者※3	①				②				③			
		④				⑤				⑥			
	受診者と同一保険の加入者個人番号※3,4	①				②				③			
		④				⑤				⑥			
	該当する所得区分※5	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上								重度かつ継続※6		該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号						精神障害者保健福祉手帳番号							
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医療の内容	医療機関名		所在地				電話番号					
	病院診療所												
	薬局												
	訪問看護												
受給者番号※7													
治療方針の変更※8	有 ・ 無						診断書の添付※8		有 ・ 無				
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)第53条第1項(第56条第1項)の規定により、自立支援医療費の支給認定(支給認定の変更)を申請します。 申請者氏名 年 月 日 岡山県精神保健福祉センター所長 殿													

※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 「受診者と同一保険の加入者」と「受診者と同一保険の加入者個人番号」は、①～⑥でそれぞれ対応させること。

※4 「受診者と同一保険の加入者個人番号」は、平成29年6月までは記載を要しない。

※5 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※6 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※7 再認定又は変更の方のみ記入。

※8 再認定申請の場合のみ、治療方針の変更及び前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付について、該当する区分に○をする。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄

申請受付年月日			進達年月日			認定年月日		
前回所得区分	生保 ・ 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	生保 ・ 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	
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()							
前回の受給者番号				今回の受給者番号				
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規							
備考								

診断書(精神通院医療用)

氏 名			年 月 日生(歳)
住 所			
① 病名 (ICDコードは、F00～F99, G40のいずれかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード() ICDコード()	
② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、精神科受診履歴等) (貴院での初診年月、治療歴等を含めて具体的に記載してください。) (再認定(継続)申請の場合は、最近1年間の通院、治療状況等を簡潔に記載してください。)	(推定発病時期 年 月 日頃) (診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日)		
③ 現在の病状、状態像等(該当するものを○で囲んでください。) (1) 抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂鬱気分 4 その他() (2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚、易刺激性 4 その他() (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他() (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他() (6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他() (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他() (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 2 意識障害 3 その他() (9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神障害 エ その他 (10) 知能、記憶、学習等の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度			

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)														
受 診 者	フリガナ							生 年 月 日						
	氏 名							年 月 日						
	フリガナ							電話番号						
	住 所													
	個 人 番 号													
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ							続 柄					
		氏 名												
		フリガナ							電話番号※1					
		住 所 ※1												
		個人番号												
自立支援医療費受給者番号														
受 給 者 証 の 有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで												
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)													
	保 護 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)													
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳の番 号													
備 考														
自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、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)第32条第1項の規定により届け出ます。 届出者氏名 年 月 日 岡山県知事 岡山県精神保健福祉センター所長 殿														

※1 受診者本人と異なる場合に記入

※ 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。

自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)													
受 診 者	フリガナ									生 年 月 日			
	氏 名									年 月 日			
	フリガナ									電話番号			
	住 所												
	個 人 番 号												
保護者(受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ									続 柄			
	氏 名												
	フリガナ									電話番号 ※1			
	住 所 ※1												
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受 給 者 証 の 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで												
再 交 付 申 請 理 由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 (いずれかに○)												
	(理由)												
備 考													
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)第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 岡山県知事 岡山県精神保健福祉センター所長 殿													

※1 受診者本人と異なる場合に記入

※ 自立支援医療受給者証を破損し、又は汚損した場合の申請の際には、当該自立支援医療受給者証を添付すること。

自立支援医療受給者証（ 精神通院 ）					
公費負担者番号					重度かつ継続
自立支援医療費 受 給 者 番 号					
受 診 者	フリガナ				生年月日
	氏 名				
	住 所				
	加入医療保険 の記号及び 番号		保険者		
保護者 受診者が 18歳未満 の場合記入	フリガナ				続 柄
	氏 名				
	住 所				
指 定 医 療 機 関 名	名 称			所在地・電話番号	
自己負担 上限額					階 層
有効期間					
支給要件の 確認方法※					
上記のとおり認定する。 岡山県精神保健福祉センター長 印					

※「支給要件の確認方法」欄に「1年目」とあるものは、次回更新申請時に原則として診断書不要

番 号
年 月 日

通 知 書

申請者

殿

岡山県精神保健福祉センター所長 印

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53条第1項の規定による自立支援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。

理由

教 示

この処分について不服がある場合は、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か月以内に岡山県知事に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、岡山県を被告として（訴訟において岡山県を代表する者は岡山県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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）。

年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

指定医療機関	
--------	--

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関名
月 日	

日 付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印

「重度かつ継続」に関する意見書

患者氏名	
住所	年齢

主たる精神障害（ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。）

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- ④ 気分障害 (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他 (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴（精神保健指定医であること又は3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること）

年 月 日
医療機関名
医師氏名