

◆有効期間

自立支援医療の有効期間は原則1年間です。有効期間の終了後も引き続き制度を利用する場合は、更新の申請が必要です。(有効期間の終了する3か月前から更新申請手続きを行うことができます。)
有効期間を過ぎてしまうと、次に申請する日までは自立支援医療の適用は受けられませんのでご注意ください。(更新申請に関して、事前に横浜市から個別のお知らせをすることはありませんので、受給者証の有効期間をご自分で確認してください。)

◆指定医療機関制度

自立支援医療制度を行う医療機関は、あらかじめ予定された医療であること、質の高い医療を確保することなどから、指定制度となっています。
指定自立支援医療機関として指定された医療機関の中から利用者があらかじめ選択した医療機関(デイケア・薬局・訪問看護ステーションを含む)でのみ、自立支援医療の適用になります。
横浜市内の指定自立支援医療機関のリストは横浜市のホームページに載っています。

横浜市 指定医療機関 精神



横浜市以外の指定自立支援医療機関も選択できます。該当の市町村または都道府県のホームページで指定自立支援医療機関になっているかどうかをご確認ください。
選択できる医療機関は、病院原則1か所、デイケア1か所、薬局2か所、訪問看護ステーション1か所です。

◆変更の届出

住所、氏名、加入している医療保険、指定医療機関等、受給者証に記載されている内容に変更が発生した場合は、すみやかに区高齢障害支援課(窓口)または横浜市健康福祉局精神通院医療・手帳事務処理センター(郵送)で変更の手続きをしてください。

自立支援医療(精神通院医療)
制度についてくわしくは

横浜市 精神通院医療



精神障害者保健福祉手帳も
一緒に申請する方は

横浜市 精神障害者保健福祉手帳



自立支援医療(精神通院医療)制度に関するお問い合わせ・郵送申請先

横浜市健康福祉局精神通院医療・手帳事務処理センター

〒231-0005 横浜市中区本町6丁目 50 番地の 10

電話 045-671-3623

平日 9時~17時(土・日、祝祭日、年末年始は休み)

※事務処理センターに直接来所して申請していただくことはできません。

自立支援医療(精神通院医療)のご案内

精神疾患により、継続的な通院による精神療法や薬物療法の治療を受けている方の医療費の自己負担が原則1割になる制度です。(世帯の所得や病態によっては対象外となる可能性があります。)

◆対象となる方

精神疾患により、継続的な通院による精神療法や薬物療法の治療を受けている方
(「世帯」の所得が一定以上の場合、制度対象外となる可能性があります。)

◆医療の範囲と給付内容

精神障害及び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が対象となります。

※治療や症状に関連して生じた病態に関しては、精神通院医療を担当する医師によって通院治療を行う範囲の病態のみが対象です。

※医療保険が適用にならない治療、投薬、診断書料などの費用は対象外です。

◆自己負担と月額負担上限額

医療機関の窓口では、原則1割負担となりますが、下記の表のとおり、「世帯」の所得等によって月額の自己負担上限額が設定される場合があります。※市民税所得割額は税源移譲前の額を使用します。

	生活保護世帯	市民税非課税世帯で本人収入80万円以下	市民税非課税世帯で本人収入80万円超	市民税所得割額が3万3千円未満世帯	市民税所得割額が3万3千円以上23万5千円未満世帯	市民税所得割額が23万5千円以上世帯
「重度かつ継続」 非該当	自己負担額 0円	1割負担 かつ 月の上限額 2,500円	1割負担 かつ 月の上限額 5,000円	1割負担	1割負担	制度対象外
「重度かつ継続」 該当				1割負担かつ 月の上限額 5,000円	1割負担かつ 月の上限額 10,000円	1割負担かつ 月の上限額 20,000円

※自立支援医療制度における「世帯」は住民票上の世帯とは異なり、医療保険単位で認定します。例えば異なる医療保険に加入している家族は、住民票上は同じ世帯でも自立支援医療制度上は別世帯になります。加入している医療保険によって誰の市民税所得割額を合算するのかは、以下の表を参考にしてください。

加入している医療保険が国民健康保険の場合
→住民票上同世帯の方のうち 国民健康保険に加入している人全員の市民税所得割額を合算
加入している医療保険が後期高齢者医療保険の場合
→住民票上同世帯の方のうち 後期高齢者医療に加入している人全員の市民税所得割額を合算
加入している医療保険が社会保険の場合
→被保険者の市民税所得割額 (被保険者の名前は保険証に書いてあります)

※市民税所得割額が23万5千円以上世帯で「重度かつ継続」に該当する方は、令和9年3月末日までの特例措置によって制度の対象となっています。特例措置の延長がされない場合は、制度対象外となります。

※非課税世帯の本人収入は障害年金や特別児童扶養手当など、税金がかからない収入も含まれます。

※非課税世帯の本人収入は受診者本人が18歳未満の場合には保護者の収入で判断します。

◆月額負担上限額とは

月額負担上限額とは、ある月において、1割の自己負担をしながら、負担合計額がその方の月額の負担上限額に達した後は、その月は、それ以上の負担をしていただく必要はないというものです。

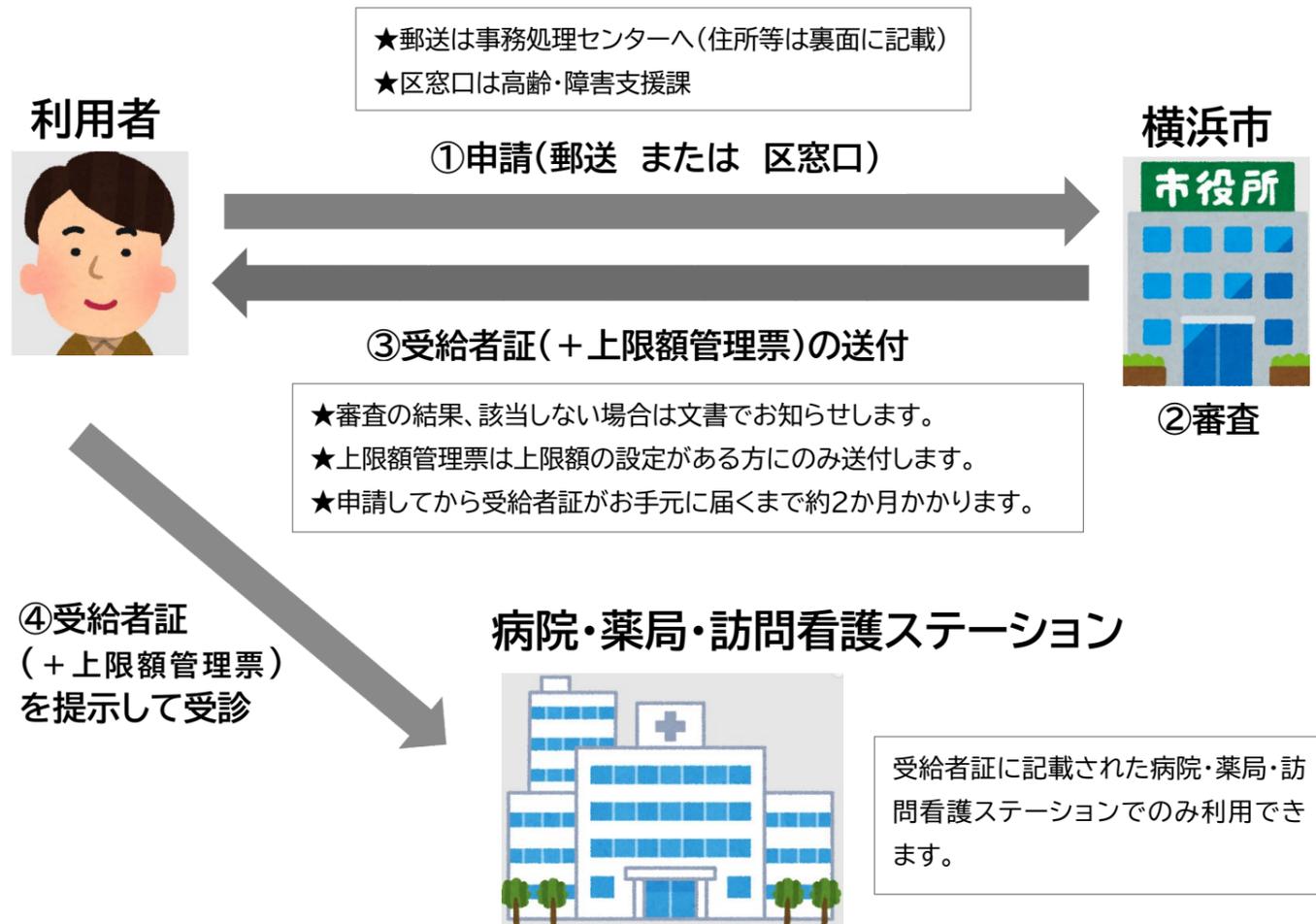
◆「重度かつ継続(高額治療継続者)」とは

「継続的に治療を必要とし、高額の治療費負担が発生する方」と認められると、経済的負担の軽減のため月ごとの自己負担額に上限が設けられます。

「重度かつ継続(高額治療継続者)」の範囲は以下の1～3のどれかに該当した場合です。

- 医療保険の多数該当の方(過去12か月間以内に、4回以上高額療養費の支給があった場合)
- 主たる精神障害がICD-10(国際疾病分類)において次の分類に該当する方
 - ★F0: 症状性を含む器質性精神障害(認知症などの脳機能障害)
 - ★F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害(アルコールや薬物による精神障害など)
 - ★F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
 - ★F3: 気分障害(躁うつ病、うつ病など)
 - ★G40: てんかん
- 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の症状を示す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診断された方として、認定を受けた方
 - ★情動及び行動の障害
 - ★不安及び不穏状態

◆手続きの流れ



◆申請に必要なもの

①申請書	市ホームページからダウンロード または 区高齢・障害支援課
②個人番号(マイナンバー)カード	番号通知カードでも可
③本人確認書類	マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど ※代理の方が申請する場合は代理の方の分も必要です。 ※受診者が18歳未満の場合は保護者の分も必要です。 ※成年後見人や保佐人の方が申請する場合は登記事項証明書も必要です。
④自立支援医療(精神通院医療)用診断書 ※更新手続きの際の診断書は2年に1回必要です。	かかりつけの医療機関の医師に書いてもらってください。 ※診断書を書くことができるのは指定医療機関として指定を受けている医療機関の精神通院医療を担当する医師です。 ※精神障害者保健福祉手帳と同時に申請する場合は、手帳用の診断書で申請可能な場合があります。 ※診断書様式は市ホームページからダウンロード可能です。
⑤健康保険証	★国民健康保険の場合 国民健康保険に加入されている家族全員分の保険証 ★後期高齢者医療の場合 後期高齢者医療に加入されている家族全員分の保険証 ★社会保険(健康保険組合・協会けんぽ等)の場合 受診者本人の保険証 ※家族の分については写しでも可 ※生活保護で健康保険証を持っていない場合は不要
⑥指定したい病院・薬局・訪問看護ステーション等が分かるもの	診察券・おくすり手帳・ホームページを印刷したものなど、名称と所在地が分かるもの ※更新申請で変更がない場合は不要
⑦「対象者」の市民税課税・非課税証明書	「対象者」は⑤健康保険証の項目に記載した対象者です。 「対象者」が次の条件にあてはまる場合は、横浜市のシステムで課税状況の確認ができるので、課税証明書・非課税証明書の提出は不要です。(未申告を除く) ★窓口での申請が1～6月の場合、その前年の1月1日時点で横浜市民だった ★窓口での申請が7～12月の場合、その年の1月1日時点で横浜市民だった ※条件にあてはまらない場合は、「対象者」の課税証明書・非課税証明書の提出または「対象者」のマイナンバーの提示が必要です。(区の窓口での申請時のみマイナンバーで照会することも可能です。)
⑧(受診者本人の)収入が分かるもの ※受診者が18歳未満の場合は保護者の収入	市民税非課税世帯の場合のみ必要 障害年金の年金証書、振込通知、通帳のコピー、給与明細等 ※申告が必要な収入について詳しくは市ホームページに記載しています。