

自立支援医療(精神通院)の利用について

【新規・再登録】

受付印の日付から、制度が適用されます。

受診される際は、病院・薬局等へ次のものを提示してください。

- ・自立支援受給者証（水色） 以降、「受給者証」と表記
- ・自己負担上限額管理票
- ・受給者証が届くまでは「申請者控」

【交付にかかる期間】

受給者証の発送には、手続き日から約2か月かかります。

届きましたら、記載事項に誤りがないか、ご確認ください。

- 自立支援医療のみの申請：大きな封筒(角2)で郵送
- 精神保健福祉手帳と同時申請：精神手帳にあわせて窓口交付

【再認定】

自立支援医療は1年間有効です。引き続き利用するには再認定の手続きが必要です。

※再認定のご案内を出雲市はしておりません。

有効期間(至)の3カ月前から再認定の申請ができます。

有効期間(至)	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
更新受付開始	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月

申請に必要な物

- ・受給者証
- ・受給者の健康保険証(必須)
- ・診断書(2年に1回添付)
- ・個人番号(マイナンバー)がわかるもの

※手続きに印鑑は不要になりました

その他、非課税の年金(障がい年金等)や手当の受給額がわかるものの提示をお願いする場合があります。

【受給者証の内容に変更がある場合】

※記載内容に変更がある場合、下記受付窓口での手続きが必要です。

手続き内容		必要なもの
氏名・住所(受給者、保護者)		受給者証 ※市民課または市民サービス課で変更手続き後に申請してください
健康保険証		受給者証、健康保険証
医療機関	病院・薬局の変更	受給者証 ※変更後の医療機関を利用する前に手続きが必要です
	訪問看護・デイケアの追加	主病院からの指示書(箋)の写し

※手続きは、代理の方でも行えます(委任状不要)

※医療機関変更は、原則受付日以降を対象とします。利用される前に手続きしてください。

受付窓口 問合せ	出雲市役所 福祉推進課(1階)	[電話] 21-6959	[FAX] 21-6598
	行政センター 市民サービス課		
	[平田] 63-5567	[佐田] 84-0118	[多伎] 86-3116
	[湖陵] 43-1214	[大社] 53-3116	[斐川] 73-9110

出雲市自立支援医療(通院医療)費助成制度 【半額助成】

出雲市では、自立支援医療(通院医療)受給者の方に対し、かかった医療費の半額を助成します。

請求に必要な物	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受給者証 ・ 自己負担上限額管理票（徴収印のある分を助成します） ・ 上記管理票がない場合は、領収書
請求時期	再認定手続の際などに 随時 （病院・薬局等での支払日から 2年以内 ）
振込時期	請求があった月の 翌月末
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数月まとめて請求することができます ・ 対象外：自立支援医療の対象とならない医療、文書料 支払日から2年経過したものは、助成金をお支払いできません 出雲市外に住民票のある方は本制度をご利用いただけません ・ 福祉医療証をお持ちの方：福祉医療費の負担限度額を超えて支払いがある場合 →福祉医療の償還払手続きも併せて行ってください（助成対象は病院のみ） ・ 委任払医療機関をご利用の方：助成対象は薬局・訪問看護・デイケアでの負担額分

●氏名・住所・保険証が変わった場合

受給者証の書換手続きが必要です。

[受付窓口]市役所福祉推進課

各行政センター市民サービス課

●病院・薬局を変更する場合

利用する前に手続きが必要です。

●訪問看護・デイケアの追加

主病院からの指示書（写）での手続きが必要です。

[受付窓口]市役所福祉推進課

各行政センター市民サービス課

所得要件に基づいて、上限額が決まります。
上限額を超えての負担はありません。

●診断書

2年に1度提出してください。

医療用診断書：自立支援医療のみ申請できます。

手帳用診断書：自立支援医療も同時申請（再認定）できます。

●再認定は有効期間(至)の3か月前から受付 必要な物

- ・ 受給者の健康保険証
- ・ 診断書（上記参照）
- ・ 受給者証
- ・ 個人番号がわかるもの
- ・ 非課税年金や手当の受給額がわかるもの

自立支援医療受給者証			
公費負担番号	9999999	重度かつ継続	
自立支援医療費 受給者番号	123456		
受診者	フリガナ 氏名	イズモ タロウ 出雲 太郎	生年月日 昭和 ● 年 1月 1日
	住所	出雲市今市町70番地	
	被保険者	03-12345678 01	保険者名 出雲市
保護者	フリガナ 氏名	続柄	
	住所		
指定医療機関名	名称	所在地・電話番号	
	病院・診療所	●●クリニック	出雲市・・・・
	薬局	◇◇◇薬局××支店	出雲市・・・・
	訪問看護	訪問看護□□□□	出雲市・・・・
	デイケア	▽▲▽▲▽▲▽▲	出雲市・・・・
自己負担 上限額	月額 2,500 円	区分 B1	
有効期間	令和 ● 年 12月 1日 から 令和 ▲ 年 11月 30日 まで	支給要件の 確認方法	医療用1年目 次回更新時、診断書不要
上記のとおり認定する。			
令和●年12月12日 (精神通院医療)			島根県