

朝 障 発 第 1 3 6 2 号  
令 和 7 年 1 1 月 7 日

一般社団法人朝霞地区薬剤師会  
会員医療機関の御担当者 様

朝霞市長 松下 昌代

重度心身障害者医療費支給事業の対象拡大について（通知）

向寒の候、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より、本市の福祉行政に御理解を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、精神障害者保健福祉手帳2級所持者を新たに対象とし、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金を助成することといたしました。

つきましては、対象者拡大に係る本市の改正内容等について、別紙のとおりまとめましたので、御確認いただくとともに、制度の改正について、御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ

朝霞市本町1-1-1

朝霞市障害者福祉課障害給付係

担当 芳賀・中川

電話 048-463-1599

重度心身障害者医療費支給事業の対象拡大に係る朝霞市の改正点等について

1 対象拡大時期

令和 8 年 1 月診療分から

2 新たに対象とする障害要件

精神障害者保健福祉手帳 2 級をお持ちの方

※ 65 歳になる前に精神障害者保健福祉手帳 2 級以上の交付を受けた方に限る。

3 助成対象とする医療費

自立支援医療（精神通院）の自己負担金のみを助成



4 受給者証

従来の受給資格所持者と今回の改正受給資格所持者で内容が異なります。

詳しくは、別紙「受給者証見本」をご参照ください。

5 注意点

- (1) 新たに助成対象となる精神 2 級の方には公費負担者番号「8 4 1 1 0 2 7 9」による県内現物給付を実施します。
- (2) 本事業の既存の対象者の方（身体 1 ～ 3 級・療育①～B・精神 1 級所持者、後期高齢者医療制度の障害認定者）は助成内容の変更はありません。  
公費負担者番号「8 2 1 1 0 2 7 1」はこれまでどおりの運用となります。
- (3) 自立支援医療における指定医療機関かつ埼玉県の医療機関が現物給付の対象範囲となります。
- (4) 受給者証の有効期限や指定医療機関等は日々変動がありますので、診療毎に自立支援医療と重度心身障害者医療の両方の受給者証を窓口で確認の上、現物給付を行っていただきますようお願いいたします。受給者証の提示がない場合は、領収書による償還請求を御案内ください。（医療費の請求方法につきましては、変更はありません。）
- (5) 重度心身障害者医療費の現物給付により窓口での患者負担が無かった場合でも、自立支援医療の自己負担額（1 割分）について、上限額管理票への記入は必要です。
- (6) 自立支援医療（法別番号 21）を併用していない重度心身障害者医療（法別番号 84）のレセプト請求は返戻となります。

# 朝霞市重度心身障害者医療費の証見本

様式第2号の(5) (第4条関係)

		後期医療		社保		国保	
<b>精神</b>		朝霞市重度心身障害者 医療費受給者証(精神通院医療費)					
		県内現物					
自立支援医療(公費21)が適用された診療に限り対象となります。 自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に提示してください。							
公費負担者番号		8	4	1	1	0	2 7 9
受給者証番号		1	2	3	4	5	6 7
受給者	氏名	彩夏 太郎					
	住所	朝霞市本町1-1-1					
	生年月日	1980年1月1日					
保護者	氏名	彩夏 花子				受給者との続柄	母
	住所	同上					
有効期間		令和7年10月1日から 令和7年9月30日まで					
対象医療機関		自立支援医療の受給者証に記載されている 指定医療機関でのみ使用できます。					
現物給付(窓口無料化) 対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う指定医療機関 (現物給付を行わない場合は償還払い。)					
現物給付 限度額		限度額なし					
令和7年10月1日交付 朝霞市長 印							

※(裏面注意事項をお読みください。)

精神重度 受給者(緑色)  
公費負担番号 84110279  
※実際の緑色に多少の  
差異がある場合があります。

様式第2号(第4条関係)

国保・社保用

<b>障</b>		重度心身障害者医療費受給者証					
公費負担者番号		8	2	1	1	0	2 7 1
受給者証番号		0	0	3	4	8	2 7
受給者	氏名	彩夏 花子					
	住所	朝霞市本町1丁目2番34-506					
	生年月日	昭和 56年 7月 8日					
有効期間		令和 4年 10月 1日から 令和 5年 9月 30日まで					
現物給付 対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等					
現物給付 限度額		月額21,000円未満の医療費					
令和 4年 8月 2日交付 埼玉県朝霞市長 印							

※ 裏面の注意事項をお読みください。

既存重度 一般受給者(オレンジ色)  
公費負担番号 82110271

様式第2号(3) (第4条関係)

(表)

県内現物

後期高齢者医療保険用

障 重度心身障害者医療費受給者証								
公費負担者番号	8	2	1	1	0	2	7	1
受給者証番号	9	9	9	9	9	9	9	9
受給者	氏名	彩夏 一郎						
	住所	朝霞市本町1-1-1						
	生年月日	昭和 3年 2月 1日						
有効期間	令和 3年 10月 1日から 令和 4年 9月 30日まで							
現物給付対象医療機関	埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関等 (マル長院外処方分も含む)							
現物給付限度額	限度額なし							
年 月 日交付 埼玉県朝霞市長 印								

※ 裏面の注意事項をお読みください。

既存重度 高齢受給者現物給付用 (白色)  
公費負担番号 82110271

様式第2号の(3) (第4条関係)

後期高齢者医療保険用

障 重度心身障害者 医療費受給者証								
公費負担者番号	*	*	*	*	*	*	*	*
受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8
受給者	氏名	彩夏 太郎						
	住所	朝霞市青葉台1丁目2番34-405号						
	生年月日	昭和 12年 3月 4日						
有効期間	令和 4年 10月 1日から 令和 5年 9月 30日まで							
令和 4年 8月 2日 交付 埼玉県朝霞市長 印								

※ 裏面の注意事項をお読みください。

既存重度 高齢受給者償還払い用 (白色)  
公費負担番号 \* \* \* \* \*

## ※注意事項

- ・診療の際は、毎回受給者証の原本をご確認ください。有効な証の提示がされなかった場合は、現物給付はできませんのでご注意ください。
- ・重度心身障害者医療費については、公費負担者番号が\* (アスアリスク)、右上に「償還払い」と記載のある方は、償還払いとなります(現物給付の対象外)。
- ・各証の裏面に注意事項がありますが、ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までお問合せください。

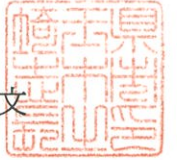
担当：朝霞市役所 障害福祉課 障害給付係 TEL:048-463-1599 メール:syogai\_fukusi@city.asaka.lg.jp

志 共 第 2 2 7 号

令和7年10月30日

一般社団法人朝霞地区薬剤師会  
会員医療機関の御担当者 様

志木市長 香川 武文



重度心身障がい者医療費支給事業の対象拡大について（通知）

向寒の候、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本市福祉医療行政の推進に当たりましては、特段の御理解、御協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、精神障がい者保健福祉手帳2級所持者を新たに対象とし、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金を助成することといたしました。

つきましては、対象者拡大に係る本市の改正内容等について、別紙のとおりまとめましたので、御確認いただくとともに、制度の改正について、御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ

志木市中宗岡一丁目1番1号

志木市福祉部共生社会推進課

障がい者支給グループ

電話 048-456-5363

## 重度心身障がい者医療費支給事業の対象拡大に係る志木市の改正点等について

### 1 対象拡大時期

令和 8 年 1 月診療分から

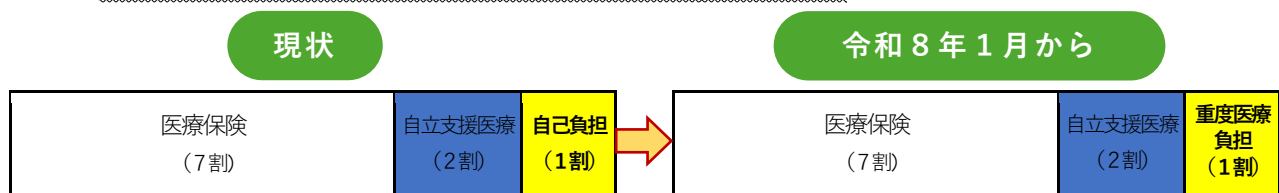
### 2 新たに対象とする障害要件

精神障がい者保健福祉手帳 2 級をお持ちの方

※ 65 歳になる前に精神障がい者保健福祉手帳 2 級以上の交付を受けた方に限る。

### 3 助成対象とする医療費

自立支援医療（精神通院）の自己負担金のみを助成



### 4 受給者証・医療費支給申請書

従来と精神障がい者保健福祉手帳 2 級を要件とする方で内容が異なります。

### 5 注意点

- (1) 新たに助成対象となる精神 2 級の方には公費負担者番号「8 4 1 1 0 2 8 7」による県内現物給付を実施します。
- (2) 本事業の既存の対象者の方（身体 1 ～ 3 級・療育①～B・精神 1 級所持者、後期高齢者医療制度の障がい認定者）は助成内容の変更はありません。  
公費負担者番号「8 2 1 1 0 2 8 9」はこれまでどおりの運用となります。
- (3) 自立支援医療における指定医療機関かつ埼玉県の医療機関が現物給付の対象範囲となります。
- (4) 受給者証の有効期限や指定医療機関等は日々変動がありますので、診療毎に自立支援医療と重度心身障がい者医療の両方の受給者証を窓口で確認の上、現物給付を行っていただきますようお願いいたします。受給者証の提示がない場合は、領収書による償還請求を御案内ください。
- (5) 重度心身障がい者医療費の現物給付により窓口での患者負担が無かった場合でも、自立支援医療の自己負担上限額管理票の記入は必要です。
- (6) 自立支援医療（法別番号 21）を併用していない重度心身障がい者医療（法別番号 84）のレセプト請求は返戻となります。



新障福発第2078-7号  
令和7年11月7日

一般社団法人朝霞地区薬剤師会  
会員医療機関の御担当者様

新座市長 並 木 傑

重度心身障がい者医療費支給事業の対象拡大について（通知）

向寒の候、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本市福祉医療行政の推進に当たりましては、特段の御理解、御協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、精神障がい者保健福祉手帳2級所持者を新たに対象とし、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金を助成することといたしました。

つきましては、対象者拡大に係る本市の改正内容等について、別紙のとおりまとめましたので、御確認いただくとともに、制度の改正について、御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ

新座市野火止一丁目1番1号

新座市総合福祉部障がい者福祉課  
担当 石塚・宮部

電話 048-424-8180

重度心身障がい者医療費支給事業の対象拡大に係る新座市の改正点等について

1 対象拡大時期

令和 8 年 1 月診療分から

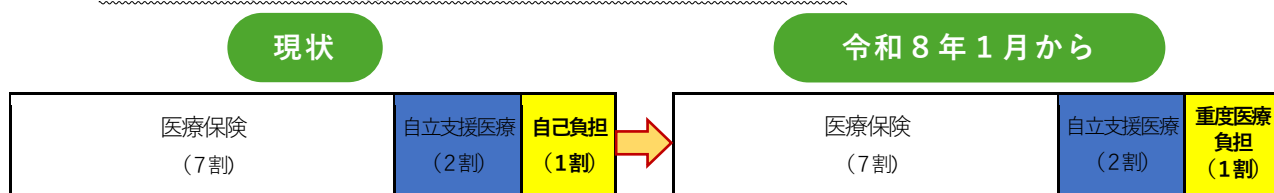
2 新たに対象とする障害要件

精神障がい者保健福祉手帳 2 級をお持ちの方

※ 65 歳になる前に精神障がい者保健福祉手帳 2 級以上の交付を受けた方に限る。

3 助成対象とする医療費

自立支援医療（精神通院）の自己負担金のみを助成



4 受給者証・医療費支給申請書

従来と精神障がい者保健福祉手帳 2 級を要件とする方で内容が異なります。

詳しくは、別紙「受給者証・医療費支給申請書見本」をご参照ください。

5 注意点

(1) 新たに助成対象となる精神 2 級の方には公費負担者番号「8 4 1 1 0 3 0 3」による県内現物給付を実施します。

(2) 本事業の既存の対象者の方（身体 1 ～ 3 級・療育 A ～ B・精神 1 級所持者、後期高齢者医療制度の障がい認定者）は助成内容の変更はありません。

公費負担者番号「8 2 1 1 0 3 0 5」はこれまでどおりの運用となります。

(3) 自立支援医療における指定医療機関かつ埼玉県の医療機関が現物給付の対象範囲となります。

(4) 受給者証の有効期限や指定医療機関等は日々変動がありますので、診療毎に自立支援医療と重度心身障がい者医療の両方の受給者証を窓口で確認の上、現物給付を行っていただきますようお願いいたします。受給者証の提示がない場合は、領収書による償還請求を御案内ください。（医療費の請求方法につきましては、変更はありません。）

(5) 重度心身障がい者医療費の現物給付により窓口での患者負担が無かった場合でも、自立支援医療の自己負担上限額管理票の記入は必要です。

(6) 自立支援医療（法別番号 21）を併用していない重度心身障がい者医療（法別番号 84）のレセプト請求は返戻となります。



# 受給者証見本

(様式 1 : ピンク色)

ジェネリック医薬品を希望 (する・しない)

別記様式 (第 4 条関係)		後期医療	社保	国保
<div>障 障</div> 重度心身障がい者 医療費受給者証		県内現物		
公費負担者番号		8 2 1 1 0 3 0 5		
受給者証番号				
受給者	氏名			
	住所			
	生年月日			
保護者	氏名	受給者との続柄		
	住所			
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
現物給付対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関 (柔道整復は市長の指定する施術機関)		
現物給付限度額		月額 21,000 円未満の医療費		
令和 年 月 日交付 埼玉県新座市長 <div>印</div>				

注 裏面注意事項をお読みください。

(様式 2 : 緑色)

ジェネリック医薬品を希望 (する・しない)

別記様式 (第 4 条関係)		後期医療	社保	国保
<div>精神</div> 重度心身障がい者医療費 受給者証 (精神通院医療費) (自立支援医療 (公費 21) 適用の診療のみ対象)		県内現物		
公費負担者番号		8 4 1 1 0 3 0 3		
受給者証番号				
受給者	氏名			
	住所			
	生年月日			
保護者	氏名	受給者との続柄		
	住所			
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
現物給付対象医療機関		自立支援医療の受給者証に記載されている埼玉県内の指定医療機関		
現物給付限度額		21,000 円未満の自立支援医療 (公費 21) 適用の診療のみ対象		
令和 年 月 日交付 埼玉県新座市長 <div>印</div>				

注 裏面注意事項をお読みください。

和 障 第 1006 号  
令和 7 年 10 月 31 日

一般社団法人朝霞地区薬剤師会  
会員医療機関の御担当者 様

和光市長 柴崎 光子  
(公印省略)

**重度心身障害者医療費支給事業の対象拡大について（通知）**

向寒の候、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本市福祉医療行政の推進に当たりましては、特段の御理解、御協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、精神障害者保健福祉手帳 2 級所持者を新たに対象とし、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金を助成することといたしました。

つきましては、対象者拡大に係る本市の改正内容等について、別紙のとおりまとめましたので、御確認いただくとともに、制度の改正について、御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ

和光市広沢 1 番 5 号

和光市福祉部障害福祉課

障害給付担当

担当 塩谷・安藤

電話 048-424-9139

医療費申請書見本①  
(従来)

様式第 6 号(第 5 条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

和光市長 様

住 所  
氏 名

電 話 ( )

下記のとおり、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例第 8 条第 1 項の規定に基づき請求いたします。

受 給 者	受 給 者 番 号		加 入 医 療 保 険	世 帯 主 ・ 被 保 険 者 組 合 員 ・ 加 入 者 の 氏 名	
	氏 名			記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		名 称	

注 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

		入 院 日	外 来 日
領 収 書			
¥			
ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) 食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。			
保険診療点数 点		他法負担分点数 点	
年 月 日 様			
医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名 印			

注 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けるか、領収書を添付してください。  
他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

医療費申請書見本②  
(今回拡大対象分)

様式第 6 号の 2 (第 5 条関係)

重度心身障害者医療費支給申請書  
(精神通院医療)

年 月 日

和光市長 様

住 所  
氏 名  
電 話 ( )

下記のとおり、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例第 8 条第 1 項の規定に基づき請求いたします。

受 給 者	受 給 者 番 号		加 入 医 療 保 険	世 帯 主 ・ 被 保 険 者 組 合 員 ・ 加 入 者 の 氏 名	
	自 立 支 援 医 療 受 給 者 番 号			記 号 番 号	
	氏 名			名 称	
	生 年 月 日	年 月 日			

注 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書

¥

ただし、 年 月分保険診療一部負担金

保険診療総点数	内 自立支援医療適用の診療分 A	点
点	内 その他の診療分 (内科等) B	点
上記 A 欄 の点数のうち、 自立支援医療 (公費 2 1) の負担分点数		点

年 月 日

様

医療機関等所在地(住所)

名 称

氏 名

印

注 上部領収書欄は、医療機関等で証明を受けるか、領収書を添付してください。

受給者証見本① ※対象者や助成内容は従来どおり  
70歳未満(後期高齢者医療加入者を除く)

オレンジ色

様式第3号(第4条関係)

(表)

(裏)

障 重度心身障害者医療費受給者証							県内現物		
公 費 負 担 番 号		8	2	1	1	0	2	9	7
受 給 者 番 号									
受給資格者	氏 名								
	住 所								
	生 年 月 日								
保護者	氏 名					続 柄			
	住 所								
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで							
食事療養費		助成対象外							
現物給付対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関							
現物給付限度額		月額21,000円未満の医療費							
年 月 日交付 埼玉県和光市長 印									

注 意 事 項

- この受給者証は、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- この受給者証は、受診の都度、保険医療機関等の窓口に提示してください。
- この受給者証では、現物給付を行う保険医療機関以外での受診や柔道整復等の療養費は現物給付の対象となりません。現物給付を行わない保険医療機関等で受診した場合、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、市役所又は出張所の窓口提出してください。  
また、現物給付には、保険医療機関単位、月単位で限度額が設定されています。その額を超えた場合には、医療保険制度の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、市役所又は出張所の窓口提出してください。
- 当市から転出後は本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合又は不正にこの受給者証を使用した場合は、助成した医療費の返還を求めることがありますのでご注意ください。
- 自立支援医療(精神通院医療など)や他の公費負担医療制度が利用できる場合は、そちらを優先してください。
- 精神障害者保健福祉手帳1級による受給者の精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。
- 次の場合は必ず市役所の窓口に出頭してください。
  - 転出や死亡などで資格が喪失したとき
  - 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき
  - 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき
  - 障害程度に変更があったとき
  - その他、登録内容に変更が生じたとき
- この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市役所の窓口へ返却してください。

問い合わせ先 和光市役所

048-464-1111

※裏面注意事項をお読みください。

受給者証見本② ※対象者や助成内容は従来どおり  
70歳以上又は後期高齢者医療加入者

オレンジ色

様式第3号の2（第4条関係）

（表）

（裏）

		後期高齢		高齢受給者	
障		重度心身障害者医療費受給者証		償還払い	
受給者番号					
受給資格者	氏名				
	住所				
	生年月日				
保護者	氏名		続柄		
	住所				
有効期間		年	月	日から	
		年	月	日まで	
食事療養費		助成対象外			
年 月 日交付 埼玉県和光市長 印					

注 意 事 項

- この受給者証は、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、保険給付等の一部負担金について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 医療保険制度の自己負担額を医療機関の窓口で支払い、その領収証を受け取った後、市役所又は出張所の窓口に出してください。
- 自立支援医療(精神通院医療など)や他の公費負担医療制度が利用できる場合は、そちらを優先してください。
- 精神障害者保健福祉手帳1級による受給者の精神病床の入院に係る一部負担金は支給されません。ただし、65歳以降、後期高齢者医療制度に加入した方は、精神病床の入院医療費も対象です。
- 次の場合は必ず市役所の窓口に出してください。
  - 転出や死亡などで資格が喪失したとき。
  - 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。
  - 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。
  - 障害程度に変更があったとき。
  - その他、登録内容に変更が生じたとき。
- この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市役所の窓口に戻してください。

問い合わせ先 和光市役所  
048-464-1111

※裏面注意事項をお読みください。



受給者証見本③ ※今回拡大対象分  
70歳未満(後期高齢者医療加入者を除く)の精神手帳2級所持者  
(従来の重度心身障害者医療費受給者証所持者を除く)

薄紫色

様式第3号の3(第4条関係)

(表)

(裏)

<div>障</div> 重度心身障害者医療費受給者証 (精神通院医療費)		<div>県内現物</div>							
自立支援医療(公費21)が適用された診療に限り対象となります。 自立支援医療の受給者証とあわせて医療機関の窓口に提示してください。									
公費負担番号		8	4	1	1	0	2	9	5
受給者番号									
受給資格者	氏名								
	住所								
	生年月日								
保護者	氏名					続柄			
	住所								
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
対象医療機関		自立支援医療の受給者証に記載されている 指定医療機関でのみ 使用できます。							
現物給付対象医療機関		埼玉県内の現物給付を行う指定医療機関 (現物給付を行わない場合は償還払い)							
現物給付限度額		月額21,000円未満の医療費							
年 月 日交付 埼玉県和光市長 印									

※裏面注意事項をお読みください。

注 意 事 項								
<p>1 この受給者証は、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、自立支援医療(精神通院医療)の自己負担額について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。</p> <p>2 この受給者証は、受診の都度、自立支援医療の受給者証及び自己負担上限額管理票とあわせて保険医療機関等の窓口提示してください。</p> <p>3 現物給付を行わない医療機関で受診した場合、自立支援医療の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、市役所の窓口提出してください。</p> <p>4 当市から転出後は、本受給者証は県内・県外を問わず使用できません。無効となった受給者証を使用した場合又は不正にこの受給者証を使用した場合は、助成した医療費の返還を求めることがありますのでご注意ください。</p> <p>5 他の公費負担医療制度が利用できる場合は、そちらを優先してください。</p> <p>6 次の場合は必ず市役所の窓口へ届出をしてください。 (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。 (2) 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。 (3) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。 (4) 障害程度に変更があったとき。 (5) その他、登録内容に変更が生じたとき。</p> <p>7 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市役所の窓口へ返却してください。</p> <p>*** 医療機関の方へ ***</p> <p>1 自立支援医療(公費21)の受給者証を必ず確認してください。</p> <p>2 本制度の現物給付によりご本人の自己負担がなかった場合でも、自立支援医療の自己負担上限額管理票への記入は必要となります。</p> <p>&lt;本制度の助成範囲&gt;</p> <table><tr><td colspan="3">公費21</td></tr><tr><td>医療保険 (7割)</td><td>自立支援医療 (2割)</td><td>本制度 (1割)</td></tr></table> <p>※ 入院費、内科・外科等の一般診療に係る通院費は対象外です。</p> <p>問い合わせ先 和光市役所 048-464-1111</p>			公費21			医療保険 (7割)	自立支援医療 (2割)	本制度 (1割)
公費21								
医療保険 (7割)	自立支援医療 (2割)	本制度 (1割)						

受給者証見本④ ※今回拡大対象分  
70歳以上又は後期高齢者医療加入者の精神手帳2級所持者  
(従来の重度心身障害者医療費受給者証所持者を除く)

薄紫色

様式第3号の4(第4条関係)

(表)

(裏)

		後期高齢		高齢受給者			
障		重度心身障害者医療費受給者証 (精神通院医療費)				償還払い	
受給者番号							
受給資格者	氏名						
	住所						
	生年月日						
保護者	氏名				続柄		
	住所						
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで					
対象医療機関		自立支援医療(精神通院医療)の受給者証に記載されている指定医療機関でのみ 使用 できます。					
年 月 日交付 埼玉県和光市長 印							

※裏面注意事項をお読みください。

注 意 事 項		
1 この受給者証は、和光市重度心身障害者医療費支給に関する条例により、自立支援医療(精神通院医療)の自己負担額について支給を受けることができる証ですから、大切に保管してください。		
2 自立支援医療の自己負担額を窓口で支払い、その領収証を受け取った後、市役所の窓口へ提出してください。		
3 次の場合は必ず市役所の窓口へ届出をしてください。 (1) 転出や死亡などで資格が喪失したとき。 (2) 住所、氏名、加入保険、振込口座などに変更があったとき。 (3) 他の公費負担制度等の適用を受けることにより医療保険制度の自己負担額を支払わなくなったとき。 (4) 障害程度に変更があったとき。 (5) その他、登録内容に変更が生じたとき。		
4 この受給者証は、受給資格を喪失したときは速やかに市役所の窓口へ返却してください。		
＜本制度の助成範囲＞		
公費21		
医療保険 (7割)	自立支援医療 (2割)	本制度 (1割)
※ 入院費、内科・外科等の一般診療に係る通院費は対象外です。		
問い合わせ先 和光市役所 048-464-1111		

# 重度心身障害者医療費支給事業の対象拡大に係る和光市の改正点等について

## 1 対象拡大時期

令和 8 年 1 月診療分から

## 2 制度拡大の対象者

**精神障害者保健福祉手帳 2 級**をお持ちの方 ※以下の方を除く

- ・ 他の障害等により既に従来の重度心身障害者医療費の支給対象である方
- ・ 65 歳以上で手帳を新規取得された方
- ・ 生活保護受給者、子ども医療費対象者、ひとり親医療対象者

## 3 対象となる医療費

自立支援医療（精神通院）の自己負担金のみを助成

## 4 受給者証及び医療費支給申請書様式について

従来と精神障害者保健福祉手帳 2 級を要件とする方で内容が異なります。  
詳しくは、別紙「受給者証・医療費支給申請書見本」をご参照ください。

## 5 注意事項

- (1) 新たに助成対象となる精神 2 級の方には公費負担者番号「8 4 1 1 0 2 9 5」による県内現物給付を実施します。  
※ただし、70 歳以上の方又は後期高齢者医療に加入の方は現物給付を行いません（全額償還払いとなります）。
- (2) 本事業の既存の対象者の方（身体 1 ～ 3 級・療育④～B・精神 1 級所持者、後期高齢者医療制度の障害認定者）は助成内容の変更はありません。  
公費負担者番号「8 2 1 1 0 2 9 7」はこれまでどおりの運用となります。
- (3) 自立支援医療における指定医療機関かつ埼玉県の医療機関が現物給付の対象範囲となります。
- (4) 受給者証の有効期限や指定医療機関等は日々変動がありますので、診療毎に自立支援医療と重度心身障害者医療の両方の受給者証を窓口で確認の上、現物給付を行っていただきますようお願いいたします。受給者証の提示がない場合は、領収書による償還請求を御案内ください。（医療費の請求方法につきましては、変更はありません。）
- (5) 重度心身障害者医療費の現物給付により窓口での患者負担が無かった場合でも、自立支援医療の自己負担上限額管理票の記入は必要です。
- (6) 自立支援医療（法別番号 21）を併用していない重度心身障害者医療（法別番号 84）のレセプト請求は返戻となります。