

## 熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領

### (趣旨)

第1条 知事は、市町村に対し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94条第1項第2号の規定による自立支援医療費負担金（以下「負担金」という。）を交付するものとし、その交付については法及び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。）の規定によるほか、この要領に定めるところによる。

### (交付の対象)

第2条 負担金の交付対象は、市町村が法第58条の規定により次の各号に掲げる医療に係る自立支援医療費の支給に要する費用とする。

(1) 法第5条第24項、令第1条の2第1号に定める自立支援医療（育成医療）

(2) 法第5条第24項、令第1条の2第2号に定める自立支援医療（更生医療）

2 知事は、前項各号に掲げる自立支援医療の区分ごとに負担金の交付額を算定し、交付するものとする。

### (交付額の算定方法)

第3条 負担金の交付額は、法第58条の規定に基づく自立支援医療費の額から法第7条に基づき給付を行わないとした額を控除した額と、自立支援医療費の支給に要する費用の実支出額から寄附金その他の収入額を控除した額とを比較していずれか少ない方の額に100分の25を乗じて得られた額とし、その額に円未満の端数が生じるときはこれを切り捨てる。

### (交付の条件)

第4条 知事は、負担金交付の決定に次の条件を付すものとする。

(1) 第2条第1項各号に定める自立支援医療の区分間で経費の配分の変更をしてはならない。

(2) 事業内容の変更（軽微な変更を除く。）について、厚生労働大臣の承認を受けた場合は、知事に報告しなければならない。

(3) 事業の中止又は廃止について、厚生労働大臣の承認を受けた場合には知事に報告しなければならない。

### (交付申請手続)

第5条 市町村長は、この負担金の交付を受けるため、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付申請書（別記第1号様式）に次の書類を添えて、知事に提出するものとする。

(1) 熊本県障害者自立支援医療費負担金申請額内訳

別記第2号様式

- (2) 熊本県障害者自立支援医療費負担金事業（変更）計画書 別記第3号様式
- (3) 歳入歳出予算（見込）書抄本

2 前項の交付申請書の提出期限は、別途通知するものとする。

（交付決定の通知）

第6条 知事は、負担金の交付を決定したときは、市町村長に対し、熊本県自立支援医療費負担金交付決定通知書（別記第4号様式）により速やかに交付決定及びこれに付された条件を通知するものとする。

（変更交付申請手続き）

第7条 市町村長は、負担金の交付決定後の事情の変更により、申請の内容を変更する場合は、熊本県自立支援医療費負担金変更申請書（別記第5号様式）に第5条第1項各号に定める添付書類を添えて、知事に提出するものとする。

2 前項の変更交付申請書の提出期限は、別途通知するものとする。

（変更交付決定の通知）

第8条 知事は、負担金の交付の決定を変更したときは、市町村長に対し、負担金の額に変更を生じるときは熊本県自立支援医療費負担金変更交付決定通知書（別記第6号様式）により、負担金の額に変更を生じないときは熊本県自立支援医療費負担金変更承認通知書（別記第7号様式）により速やかに変更交付決定を通知するものとする。

（実績報告）

第9条 市町村長は、負担金に係る事業実績報告に関し、熊本県自立支援医療費負担金実績報告書（別記第8号様式）に次の書類を添えて、知事に提出するものとする。

- (1) 熊本県障害者自立支援医療費負担金精算書 別記第9号様式
- (2) 熊本県自立支援医療費負担金事業実績書 別記第10号様式
- (3) 歳入歳出決算（見込）書抄本

2 前項の実績報告書の提出期限は、別途通知するものとする。

（負担金の額の確定の通知）

第10条 知事は、負担金の交付額を確定したときは、市町村に対し、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付確定通知書（別記11号様式）により速やかに交付確定を通知するものとする。

（負担金の精算）

第11条 第9条第1項の規定により報告された実績額と（変更）交付決定額との間で過不足金が生じる場合は、実績報告があった年度内において当該過不足金を精算（返納又は追加交付）するものとする。

(負担金の請求等)

第12条 市町村長は、負担金の交付を精算払により受けようとするときは、熊本県障害者支援医療費負担金交付請求書(別記第12号様式)を知事に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、負担金の交付を概算払により受けようとするときは、熊本県障害者支援医療費負担金概算払請求書(別記第13号様式)によるものとする。

(証拠書類の保管)

第13条 市町村長は、負担金に係る収入および支出を明らかにした帳簿を備え、かつ当該収入及び支出に係る証拠書類を5年間保管しなければならない。

(雑則)

第14条 この要領に定めるもののほか、負担金の交付に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

1 この要領は、平成27年4月1日から施行する。

2 この要領の制定に伴い、熊本県障害者自立支援医療(育成医療)費負担金事務取扱要領及び熊本県障害者自立支援医療(更生医療)費負担金事務取扱要領は廃止する。

附 則

1 この要領は、平成29年7月21日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

1 この要領は、平成30年7月23日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

第 号  
年 月 日

熊本県知事 ○ ○ ○ ○ 様

市町村住所

〇〇市町村長 市町村長名

印

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金交付申請について

標記について、次のとおり交付されたいので、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

申請額 金 円

（添付書類）

- 1 熊本県障害者自立支援医療費負担金申請額内訳（別記第2号様式）
- 2 熊本県障害者自立支援医療費負担金事業（変更）計画書（別記第3号様式）
- 3 歳入歳出予算（見込）書抄本

## 熊本県障害者自立支援医療費負担金申請額内訳(平成〇〇年度)

区 分	対象経費の 支出予定額	寄付金その他 の収入予定額	差引額 (A - B)	基準額	県負担金 基本額	県負担金 所要額 (E × 1/4)	既交付決定額	差引追加交付 (一部取消) 申請額 (F - G)
	A 円	B 円	C 円	D 円	E 円	F 円	G 円	H 円
		0						

市町村名

- 1 A欄は、自立支援医療（育成医療・更生医療）費として支給される金額を記入してください。
- 2 E欄には、C欄とD欄の額を比較して、少ない方の額を記入してください。
- 3 G及びH欄は、要領第5条による手続きがある場合に限り記入してください。

熊本県障害者自立支援医療費負担金事業（変更）計画書（                      年度）

市町村名

区分	対象経費の 支出予定額	基準額					備 考
		費用総額		医療保険各法 負担額	自己負担額	差 引 額 (公費負担額)	
		件数	金額				
①	②	③	④	⑤	⑥		
	円	件	円	円	円	円	

- 1 ①欄は、自立支援医療費（育成医療・更生医療）として支給される金額を記入してください。
- 2 ②欄は、レセプトの延件数を記入してください。
- 3 ③～⑥欄は、自立支援医療（育成医療・更生医療）に係る医療費の総額及び負担内訳を記入してください。

第 号  
年 月 日

熊本県知事 ○ ○ ○ ○ 様

市町村住所

〇〇市町村長 市町村長名 印

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金変更申請について

年 月 日付け 第 号で交付決定通知のあった標記に係る負担金について、次のとおり交付額を変更して交付されたいので、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第7条の規定により関係書類を添えて申請します。

申 請 額

変更後の要県費負担額	金	円
既交付決定額	金	円
今回申請額	金	円

(添付書類)

- 1 熊本県障害者自立支援医療費負担金申請額内訳（別記第2号様式）
- 2 熊本県障害者自立支援医療費負担金事業（変更）計画書（別記第3号様式）
- 3 歳入歳出予算（見込）書抄本

第 号  
年 月 日

市町村長名 様

熊本県知事 ○ ○ ○ ○

年度熊本県障害者自立支援医療（更生医療・育成医療）費  
負担金交付決定通知書

年 月 日付け第 号で申請のありました 年度熊本  
県障害者自立支援医療（更生医療・育成医療）費負担金については、熊本県障害者  
自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第4条により、次の条件を付して金  
円を交付することに決定しましたので、同要領第6条の規定により通知します。

交付の条件

- （1）熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第2条に定める自立  
支援医療の区分間で経費の配分の変更をしてはならない。
- （2）事業内容の変更（軽微な変更を除く。）について、厚生労働大臣の承認を受  
けた場合は、知事に報告しなければならない。
- （3）事業の中止又は廃止について、厚生労働大臣の承認を受けた場合には知事  
に報告しなければならない。



第 号  
年 月 日

市町村長名 様

熊本県知事 ○ ○ ○ ○

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費  
負担金変更交付決定通知書

年 月 日付け第 号で申請のありました 年度熊本  
県障害者自立支援医療費負担金の変更については、 年度熊本県障害者自立支援  
医療（育成医療・更生医療）費負担金 金 円（前回までの交付決定額  
金 円）に変更することに決定しましたので、熊本県障害者自立支援医  
療費負担金交付事務取扱要領第8条の規定により通知します。

第 号  
年 月 日

市町村長名 様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費  
負担金変更計画承認通知書

年 月 日付け第 号で申請のありました 年度熊本  
県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金の変更計画については、承  
認しましたので、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第8条の規  
定により通知します。

別記第8号様式

第 号  
年 月 日

熊本県知事 ○ ○ ○ ○ 様

住 所  
○○市町村長 氏 名 印

年度熊本県障害者自立支援医療(育成医療・更生医療)費負担金の実績報告について

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた標記に係る事業の実績について、熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱要領第9条の規定により、関係書類を添えて報告します。

添付書類

- 1 熊本県障害者自立支援医療費負担金精算書(別記第9号様式)
- 2 熊本県障害者自立支援医療費負担金事業実績書(別記第10号様式)
- 3 当該事業に関する歳入歳出決算書(又は見込書)抄本

熊本県障害者自立支援医療費負担金精算書（                      年度）

市町村名

区 分	対象経費の 支出済額  A 円	寄付金 その他 の収入額  B 円	差引額  (A - B)  C 円	基準額   D 円	県費負担金 基本額  E 円	県費負担金 所要額  (E × 1/4)  F 円	交付 決定済額  G 円	県費負担金 受入済額  H 円	差引過不足額		備考
									過  I 円	不足  J 円	

- 1 A欄は、自立支援医療（育成医療・更生医療）費として支給された金額を記入してください。
- 2 E欄には、C欄とD欄の額を比較して、少ない方の額を記入してください。

熊本県障害者自立支援医療費負担金事業実績書（                      年度）

市町村名

区分	対象経費の 支出済額	基準額				備考	
		費用総額		医療保険各法 負担額	自己負担額		差引額 (公費負担額)
		件数	金額				
①	②	③	④	⑤	⑥ (③-④-⑤)		
	円	件	円	円	円	円	

- 1 ①欄は、自立支援医療（育成医療・更生医療）費として支給された金額を記入してください。
- 2 ②欄は、レセプトの延件数を記入してください。
- 3 ③～⑥欄は、自立支援医療（育成医療・更生医療）に係る医療費の総額及び負担内訳を記入してください。

第 号  
年 月 日

市町村長名 様

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金  
交付確定通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知をした 年度熊本県障害者自立  
支援医療（育成医療・更生医療）費負担金については、 年 月 日 第  
号事業実績報告に基づき、交付額が下記のとおり確定されましたので、熊本県障害者自立  
支援医療費負担金交付事務取扱要領第 1 0 条の規定により通知します。

なお、同要領第 1 1 条の規定により、確定の結果不足となる金額については、次のとお  
り追加交付し、超過交付となった金額については、 年 月 日までに返納し  
てください。

記

1	交付確定額	金	円
2	交付決定額	金	円
3	追加交付額	金	円
4	返 納 額	金	円

別記第12号様式

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費  
負担金交付請求書

年 月 日付け 第 号で確定の通知があった 年  
度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金として、下記  
の金額を交付されるよう熊本県障害者自立支援医療費負担金交付事務取扱  
要領第12条第1項の規定により請求します。

記

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

住 所

〇〇市（町村）長 氏 名 印

熊本県知事 ○ ○ ○ ○ 様

別記第13号様式

年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費  
負担金概算払請求書

年 月 日付け 第 号で（変更）交付決定の通知があった  
年度熊本県障害者自立支援医療（育成医療・更生医療）費負担金の  
うち、下記の金額を交付されるよう熊本県障害者自立支援医療費負担金交付  
事務取扱要領第12条第2項の規定により請求します。

記

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

住 所

〇〇市（町村）長 氏 名 印

熊本県知事 ○ ○ ○ ○ 様

概算払を必要とする理由