

第2章 医療

自立支援医療（更生医療、精神障害者通院医療、育成医療）

障がいをお持ちの方々が、その心身の障がいの状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療を言います。

指定の医療機関で医療を受けた場合、どの障がいの人でも医療費の1割が原則として自己負担となります。ただし、本人及び扶養義務者等の所得状況及び課税額に応じて上限（負担限度額）が決められています。

1. 更生医療

日常・社会・職業能力を回復・向上することを目的とした手術、リハビリテーション医療等に対して、医療費の一部を助成する制度

区 分	内 容	
対 象 者	18歳以上で、身体障害者手帳をお持ちの方	
内 容	肢体不自由	人工関節置換術、関節固定術 等
	じん臓機能障がい	人工透析、じん臓移植 等
	心臓機能障がい	ペースメーカー移植術 等
	小腸機能障がい	中心静脈栄養法
	肝臓機能障がい	肝臓移植、肝臓移植に伴う医療
	免疫機能障がい	抗HIV療法 等
	視覚障がい	角膜移植術、白内障手術 等
	聴覚障がい	外耳道形成術、鼓膜穿孔閉鎖術 ^{せんこう} 等
	音声・言語機能障がい	口唇形成術 ^{こうしん} 等
	そしゃく機能障がい	歯科矯正治療
自己負担額	1割負担※ただし、非課税世帯の場合は月額負担上限が設けられます。 また課税世帯で高額治療継続に該当する場合も、月額負担上限が設けられます。 ※入院時の食費は原則自己負担になります。 ※身体障害者手帳と同時申請が可能です。	
申請手続	① 更生医療意見書 ② 健康保険証 ③ 身体障害者手帳 ④ 印鑑 ⑤ 本人の収入がわかる書類(非課税世帯の場合) ⑥ 特定疾病療養受給者書(人工透析の場合) 等 ⑦ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード ※①の意見書は、指定自立支援医療機関であれば全国どこの医療機関でも結構です。(指定医療機関であるか不明な場合は、かかりつけの医療機関の相談窓口又はケースワーカー、役場 保健福祉課へご相談ください)	
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 (0247-36-4123)	

※対象となる医療の内容に記載された以外の医療でも該当となる場合がありますので、役場へご相談ください。

2. 精神通院医療

精神疾患を有する方が通院医療を定期的に受けている場合に、医療費の一部を助成する制度

区 分	内 容
対 象 者	統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障がい、薬物障がい（依存症等）その他の精神疾患を有する方
自己負担額	1割負担 ※ただし、非課税世帯の場合は月額負担上限が設けられます。 また課税世帯で高額治療継続に該当する場合も、月額負担上限が設けられます。
申 請 手 続	① 診断書（所定の様式） ② 健康保険証 ③ 印鑑 ④ 受給者の属する世帯の所得が確認できる資料 等 ⑤ 同意書 ⑥ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード ※①の意見書は、指定自立支援医療機関であれば、全国どこの医療機関でも結構です。（指定医療機関であるか不明な場合は、かかりつけの医療機関の相談窓口又はケースワーカー、役場へご相談ください）
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 （0247-36-4123）

3. 育成医療

18歳未満で身体に障がいや病気があり、放置すると将来身体に障がいが残る可能性があるが手術等の治療で障がいの改善が期待できる児童に対して、医療費の一部を助成する制度

区 分	内 容
対 象 者	身体上に障がいがあり、そのまま放置すると将来一定の障がいを残すとみられる18歳未満の児童で、手術等の治療によって確実な治療効果が期待できるもの
対 象 疾 患	肢体不自由、視覚障がい、聴覚・ ^{へいこう} 平衡機能障がい、音声・言語機能障がい、心臓機能障がい、腎臓・小腸障がい、肝臓機能障がい、その他内臓障がい、免疫機能障がい
自己負担額	市町村民税（所得割）額に応じて、自己負担額が決定します。 ※入院時の食費は原則自己負担になります。
申 請 手 続	① 診断書（所定の様式） ② 健康保険証 ③ 印鑑 ④ 受給者の属する世帯の所得が確認できる資料 ⑤ 特定疾病療養受給者証（人工透析の場合） 等 ⑥ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 （0247-36-4123）

重度心身障がい者医療費の助成

重度心身障がい者の医療費の自己負担分と入院時の食費療養費の半額を助成します。

区 分	内 容	
対 象 者	① 身体障害者手帳	1級、2級、3級（内部障がいのみ）
	② 療育手帳	A
	③ 精神障害者保健福祉手帳	1級
	④ ①②③の手帳を同時に2つ以上所持している	
申 請 手 続	① 手帳 ② 健康保険証 ③ 後期高齢者医療被保険者証（該当者のみ） ④ 印鑑 ⑤ 預金通帳（障がい者本人の口座） 等	
資 格 登 録	受給者証を提示し、所定の申請書に医療機関の支払い証明を受けて申請してください。 ※65歳以上で後期高齢者医療制度に加入されていない場合は、医療費が総額の3割負担でも給付は1割となります。 ※登録申請手続きをした月の翌月の1日から給付を受けることができます。 ※手帳を取得しただけでは助成の対象となりません。	
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 （0247-36-4123）	

後期高齢者医療制度による医療

後期高齢者医療制度は、原則75歳以上から加入となりますが、次に該当する方は、65歳からでも申請すれば加入することができます。

区 分	内 容	
対 象 者	① 身体障害者手帳	1～3級
		4級（音声・言語機能、そしゃく機能障がいまたは下肢障がいの一部に限る）
	② 療育手帳	A
	③ 精神障害者保健福祉手帳	1・2級
	④ 障害基礎年金	1・2級
申 請 手 続	① 各手帳または国民年金証書 ② 健康保険証 ③ 障がい程度が分かるもの ④ 印鑑 ⑤ マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード	
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 （0247-36-4123）	

人工透析通院交通費補助

腎臓機能障がいによる人工透析のため通院されている方に対して、その交通費を補助します。

区 分	内 容
対 象 者	腎臓機能障がいで人工透析を受けている身体障がい者
申 請 手 続	① 申請書（用紙は保健福祉課にあります） ② 通院証明書 ③ 印鑑
補 助 額	※上限額 30,000 円/月
注 意 事 項	・ 交通費が月額 5,000 円以下の場合は町より助成いたします。 ・ 通院区間距離が片道 1.5 km未満のときは対象外です。
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課 （0247-36-4123）

小児慢性特定疾患治療研究事業

小児慢性特定疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする 18 歳未満の児童（18 歳到達後も引き続き治療が必要であると認められる場合には 20 歳到達までの者を含む。）の治療に係る医療費の自己負担分を一部公費で負担します。

区 分	内 容
対 象 者	悪性新生物、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、 膠原病 ^{こうげんびょう} 、糖尿病、先天性代謝異常、血友病等血液疾患・免疫疾患、 神経・筋疾患、慢性消化器疾患に罹患 ^{りかん} し、医療を受け、保険診療の際に自己負担のある方。
申 請 手 続	① 医師意見書（所定の様式） ② 療育指導連絡票 ③ 印鑑 ④ 健康保険証 ⑤ 住民票謄本 ⑥ 世帯の課税状況がわかるもの 等
申請場所・問合せ先	県中保健福祉事務所 児童家庭支援チーム（0248-75-7809）

特定疾患治療研究事業

原因が不明で治療法が確立しておらず、かつ、生活面への長期にわたる支障がある特定の疾患（平成24年4月現在56疾患）について、医療費（保険診療分）の自己負担分の全部または一部を公費で負担し、経済的負担の軽減を図ります。

区 分	内 容	
対 象 者	特定疾患治療研究事業対象疾患（56疾患）に罹患し、医療を受け、保険診療の際に自己負担がある方 （例）筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病 など	
公 費 負 担	全 額 公 費 負 担	① スモン、プリオン病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎及び重症急性膵炎、重症多形滲出性紅斑（急性期）の方 ② 特定疾患のために日常生活に著しい支障のある方 （※重症患者としての認定が必要になります。） ③ ①②以外で生計中心者の前年度所得税が非課税の方
	一 部 公 費 負 担	全額負担対象者以外 ※前年度の所得税課税年額に応じて、自己負担の月額限度額が異なります。
申 請 手 続	① 特定疾患治療研究事業対象患者承認申請書 ② 臨床調査個人票（主治医が記入したもの） ③ 世帯全員の住民票（写し可。申請日前3か月以内に取得したもの） ④ 医療保険証（健康保険証）の写し ⑤ 生計中心者の所得税額確認書類 ⑥ 同意書 ⑦ 医療保険者の所得確認書類 ※継続してこの事業の医療費の助成を受ける場合は、毎年更新手続きが必要です。 ※重症患者認定をされる方は、上記の他に必要な書類がありますので、下記問い合わせ先にご確認下さい。	
申請場所・問合せ先	県中保健福祉事務所 健康増進課（0248-75-7814）	

特定疾病療養受療証

長期にわたって高額な治療を必要とする厚生労働大臣が定める疾病の方の医療費の自己負担額を軽減します。（特定疾病の療養に限る。）

区 分	内 容	
対 象 者	対象疾病 ① 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障がいの一部 ② 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
自己負担額	医療機関ごとの自己負担額 10,000円（月額） ※70歳未満で人工腎臓（人工透析）を実施している上位所得者の方は、自己負担額が20,000円（月額）になります。	
申 請 手 続	① 被保険者証 ② 印鑑 ③ 特定疾病であることを証明する書類（医師意見書等）	
申請場所・問合せ先	役場 保健福祉課（0247-36-4123）、 ご加入の保険事務局	