

## 4 医療費助成

障害のある方が医療機関への通院や入院、手術をされる際に、医療費の助成を受けられる制度があります。

### 重度心身障害者医療費助成

制 度	重度の障害をお持ちの方が保険適用の医療を受けた場合、その自己負担額が助成されます。	
対象者	次のいずれかに該当する方 ① 身体障害者手帳 2 級以上をお持ちの方 ② 知能指数が 35 以下（療育手帳 A 1、A 2 程度）と判定された方 ③ 身体障害者手帳 3 級をお持ちの方で、知能指数が 50 以下（療育手帳 B 1 程度）と判定された方	
申請書類 (登録時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書</li> <li>・ 同意書または委任状</li> <li>・ 障害者手帳</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> <li>・ 本人名義の通帳の写し</li> <li>・ 保険証の写し</li> </ul>	
申請方法	保険診療分の領収書（証明書）と印鑑を持参し、市福祉課窓口で申請してください。（医療機関・薬局ごと、月ごとに 1 枚、支給申請書が必要となります。） ※ 診療月から 2 年を経過したものは受付できません。	
支払日	毎月 10 日までに提出された申請書について、その月の 26 日に振込となります。	
各種届出	次のような場合、届出が必要です。	
	各種届出	必要書類
	住所・氏名・加入保険の変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届</li> <li>・ 保険証の写し（保険証変更の場合のみ）</li> <li>・ 障害者手帳</li> <li>・ 重心医療費助成資格者証</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> </ul>
	振込口座の変更（本人名義の口座に限ります）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届</li> <li>・ 希望する振込口座（通帳）の写し</li> <li>・ 障害者手帳</li> <li>・ 重心医療費助成資格者証</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> </ul>
	対象とならなくなった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届</li> <li>・ 障害者手帳</li> <li>・ 重心医療費助成資格者証</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> </ul>
亡くなられた場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度心身障害者医療費助成受給資格喪失届</li> <li>・ 障害者手帳</li> <li>・ 重心医療費助成資格者証</li> <li>・ 代表相続人の印鑑（認め可）</li> <li>・ 代表相続人の振込口座（通帳）の写し</li> </ul>	
受付・問い合わせ先	垂水市福祉課障害福祉係（0994-32-1111 内線 127）	

## 4 医療費助成

### 自立支援医療（育成医療）

制 度	身体障害のある児童が、現存する疾患を放置すると将来において障害を残すと認められる場合、その身体障害を除去、軽減する手術等の医療費の自己負担分が軽減されます。
対象者	18歳未満の児童で、治療を行うことで効果が期待される方 （下記「給付対象表」参照）
申請書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書</li> <li>・同意書</li> <li>・指定医師の意見書（育成医療用）</li> <li>・印鑑（認め可）</li> <li>・健康保険証の写し（生活保護の場合は、生活保護受給者証明書）  <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 国保・後期：本人と同じ加入関係者分</li> <li>社会保険：本人と被保険者分（本人が被保険者の場合、本人分のみ）</li> </ul> </li> <li>・障害年金の年金証書の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> <li>・直近の年金振込通知書の写しまたは振り込まれる年金額が分かる通帳の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> <li>・特定疾病療養受領証（腎臓機能障害における人工透析療法等の場合のみ）</li> </ul>

#### ■ 給付対象表（その他条件もあるため、詳しくはお問い合わせください。）

障害区分	給付の範囲			
	治療区分	入 院	術後通院	通院のみ
肢体不自由	手術	○	○	×
	理学療法（リハビリ等）	△	△	△
	補装具療法	○	○	○
視覚障害	手術	○	○	×
	未熟児網膜症の治療	○	○	○
聴覚・平衡機能障害	手術	○	○	×
音声言語そしゃく機能障害	手術	○	○	×
	歯科矯正・言語療法	-	-	○
心臓障害	手術	○	○	×
	心臓移植術	○	○	×
	抗免疫療法	○	○	○
腎臓障害	透析療法	○	○	○
	腎移植術	○	○	×
	抗免疫療法	○	○	○
肝臓障害	肝移植術	○	○	×
	抗免疫療法	○	○	○
小腸障害	中心静脈栄養法	○	○	○
その他内部障害	手術	○	○	×
免疫機能障害	H I V感染治療	○	○	○

自己負担額	原則として医療費の1割負担（所得に応じて制限あり）
留意事項	申請は、事前申請を原則とします。（出生直後に緊急手術を要した場合等、事前申請が困難と認められる場合は事後申請が可能です。）
受付・問い合わせ先	垂水市福祉課障害福祉係（0994-32-1111 内線127）

## 4 医療費助成

### 自立支援医療（更生医療）

制度	身体障害のある方が、その障害を除去、軽減する手術等の治療により、日常生活能力などの回復、改善が期待される場合、その医療費の自己負担分が軽減されます。
対象者	身体障害者手帳をお持ちの18歳以上の方で、治療を行うことで効果が期待される方（下記「給付対象表」参照）
申請書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書</li> <li>・同意書</li> <li>・指定医師の意見書（障害部位によって様式が異なります。）</li> <li>・印鑑（認め可）</li> <li>・身体障害者手帳（緊急同時申請の場合は不要）</li> <li>・健康保険証の写し（生活保護の場合は、生活保護受給者証明書）</li> <li>※ 国保・後期：本人と同じ加入関係者分</li> <li>    社会保険：本人と被保険者分（本人が被保険者の場合、本人分のみ）</li> <li>・障害年金の年金証書の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> <li>・直近の年金振込通知書の写しまたは振り込まれる年金額が分かる通帳の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> <li>・特定疾病療養受領証（腎臓機能障害における人工透析療法等の場合のみ）</li> </ul>

#### ■ 給付対象表（その他条件もあるため、詳しくはお問い合わせください。）

障害区分	医療内容	手帳同時申請
視覚障害	角膜移植術 等	×
聴覚障害	外耳道形成術 等	×
音声言語そしゃく機能障害	口唇形成術 等	×
肢体不自由	人工関節置換術 等	×
心臓機能障害	冠動脈バイパス術 等	○
腎臓機能障害	人工透析療法 等	○
小腸機能障害	中心静脈栄養法 等	×
免疫機能障害	抗HIV療法 等	○
肝臓機能障害	肝臓移植術 等	○

自己負担額	原則として医療費の1割負担（所得に応じて制限あり）
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請は、事前申請を原則とします。</li> <li>・手術前の入院期間は7日以内が対象となります。</li> </ul>
受付・問い合わせ先	垂水市福祉課障害福祉係（0994-32-1111 内線127）



## 4 医療費助成

### 自立支援医療（精神通院医療）

<b>制 度</b>	精神疾患のある方が継続的な通院治療をされる場合、その医療費の自己負担分が軽減されます。	
<b>対象者</b>	精神疾患（統合失調症、うつ病、てんかん等）のある方	
<b>申請書類</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援医療費（精神通院）受給者証認定申請書</li> <li>・ 同意書</li> <li>・ 指定医療機関の診断書（精神通院用）</li> <li>・ 重度かつ継続に関する意見書（必要時のみ）</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> <li>・ 健康保険証の写し（生活保護の場合は、生活保護受給者証明書）  <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 国保・後期：本人と同じ加入関係者分</li> <li>社会保険：本人と被保険者分（本人が被保険者の場合、本人分のみ）</li> </ul> </li> <li>・ 障害年金の年金証書の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> <li>・ 直近の年金振込通知書の写しまたは振り込まれる年金額が分かる通帳の写し（障害年金を受給されている場合のみ）</li> </ul>	
<b>自己負担額</b>	原則として医療費の1割負担（所得に応じて制限あり）	
<b>各種届出</b>	次のような場合、届出が必要です。	
	<b>各種届出</b>	<b>必要書類</b>
	<b>再認定</b>	上記申請書類と同様
	<b>医療機関等の変更 住所・氏名・加入保険の変更※</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認定申請書</li> <li>・ 記載事項変更届（※の場合のみ）</li> <li>・ 同意書</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> <li>・ 自立支援医療費（精神通院）受給者証</li> <li>・ 健康保険証の写し（生活保護の場合は、生活保護受給者証明書）</li> <li>・ 障害年金の年金証書の写し（障害年金受給者のみ）</li> <li>・ 直近の年金振込通知書の写しまたは振り込まれる年金額が分かる通帳の写し（障害年金受給者のみ）</li> </ul>
	<b>紛失・損傷</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紛失届け及び再交付願い</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> <li>・ 自立支援医療費（精神通院）受給者証（紛失の場合は不要）</li> </ul>
<b>辞退・返納される場合 亡くなられた場合</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 辞退届または死亡届</li> <li>・ 印鑑（認め可）</li> <li>・ 自立支援医療費（精神通院）受給者証（紛失の場合は不要）</li> </ul>	
<b>留意事項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 再認定：自立支援医療（精神通院）の有効期限は1年間となります。期限3か月前から市福祉課で申請できます。</li> <li>・ 精神障害者保健福祉手帳と同時申請することができます。この場合、精神障害者保健福祉手帳用診断書（備考欄に投薬内容が明記されていること）を提出いただければ、精神通院用の診断書は不要です。</li> </ul>	
<b>受付・問い合わせ先</b>	垂水市福祉課障害福祉係（0994-32-1111 内線 127）	