

## 自立支援医療(育成医療)の支給を申請される方へ

自立支援医療(育成医療)は事前申請が原則です。治療の予定が決まりましたら、できるだけ早く申請してください。なお、一定の基準により審査し認定しますので、必ずしも申請が認められるとは限りません。

### 【制度の概要】

この制度は、下記の条件をすべて満たした児童の医療費の一部を助成するものです。住民税額により保護者のかたに自己負担(詳細は裏面をご覧ください)があるほか、保護者には所得制限があります。

- ①保護者が区内に在住し、児童が18歳未満であること
- ②身体に機能障害があること(詳細は裏面をご覧ください)
- ③手術等により確実な治療効果が期待できること
- ④区民税(所得割)が23万5千円未満であること\*1

※区民税所得割が23万5千円以上の場合は助成対象外ですが、「重度かつ継続」\*2に該当する場合は助成対象になります。

- ⑤東京都が指定する指定医療機関(病院、薬局、訪問看護ステーション)で自立支援医療を受けること
- ※入院時の食事代、健康保険が適用にならない治療・投薬、差額ベッド代等は助成対象外です。

### 【必要書類】

区の窓口にて下記の書類をご提出ください。

書類の種類	説 明
①支給申請書	被保険者のかたがご記入ください。
②意見書	東京都が指定する自立支援医療指定医師が記入したものをご提出ください。*3
③月額負担上限額確定に係る世帯調査	被保険者のかたがご記入ください。 課税状況等の照会に同意するにチェックを入れた場合、④の提出は不要です。
④住民税課税(非課税)証明書  治療開始が4月から6月までは前年度、7月以降は当該年度のものが必要です。	③で、課税状況等の照会に同意しない場合、提出が必要です。 必要年度の1月1日に住民票があった自治体の区役所等で発行しています。 国民健康保険のかた…保険に加入しているかた全員分(高校生以下は不要) 国民健康保険以外のかた…被保険者のかた(保険料を支払っているかた)の分 住民税非課税世帯の場合は、健康保険の種類に関わらず、保護者全員の住民税非課税証明書をご提出ください。
⑤健康保険証のコピー	国民健康保険のかた…保険に加入しているかた全員分 国民健康保険以外のかた…被保険者のかたと患者本人の分 紙の場合は被扶養者(家族)の名前が記載されたページもコピーしてください。
⑥その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護を受けているかた…生活保護を受けていることを証明する書類(「④住民税課税非課税証明書」、健保併給している場合を除き「⑤健康保険証のコピー」は不要。)</li> <li>・中国残留邦人等のかた…中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯であることを証明する書類</li> <li>・高額医療費多数該当のかた…申請前の12か月間に受診者の属する医療保険の世帯が3回以上高額医療費の支給実績があったことわかる書類</li> <li>・人工透析を受けているかた…特定疾病療養受領証をコピーしたもの</li> <li>・免疫機能障害のかた…免疫機能障害意見書を②に追加して提出してください。</li> </ul>

\*1：住宅借入金等特別税額控除及びふるさと納税については税額控除前の金額となります。

\*2：(1)腎臓機能障害・小腸機能障害・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)・免疫機能障害のかた

(2)申請前の12か月間に受診者の属する医療保険の世帯が3回以上高額医療費の支給実績がある。

\*3：意見書の記載内容が不明確な場合、担当医師に治療内容等を問い合わせる場合があります。

### 【支給の対象となる障害】

- |                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| 手術<br>＋<br>術後通院 | } | ①肢（し）体不自由                                |
|                 |   | ②視覚障害                                    |
|                 |   | ③聴覚・平衡機能障害                               |
|                 |   | ④音声・言語・そしゃく機能障害                          |
|                 |   | ⑤心臓障害                                    |
|                 |   | ⑥腎臓障害（人工透析・腎移植のみ対象）                      |
|                 |   | ⑦肝臓障害                                    |
|                 |   | ⑧その他の内臓障害                                |
| 通院のみの<br>場合も対象  | } | ①肢（し）体不自由に対する理学療法（リハビリテーション）、補装具療法       |
|                 |   | ②視覚障害の未熟児網膜症に対する光凝固治療                    |
|                 |   | ③唇顎口蓋裂などに起因する音声・言語・そしゃく障害の歯科矯正、義歯治療、言語療法 |
|                 |   | ④腎臓機能障害に対する人工透析療法                        |
|                 |   | ⑤鎖肛、巨大結腸症に対する排便訓練、ストマ（人工肛門）ケア            |
|                 |   | ⑥小腸機能障害に対する中心静脈栄養法（I V H）                |
|                 |   | ⑦心臓移植後の抗免疫療法                             |
|                 |   | ⑧肝臓移植後の抗免疫療法                             |
|                 |   | ⑨ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する治療               |

### 【支給の対象とならない主な例】

- |                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| ①区民税（所得割）が23万5千円以上の場合 | ⑦治療終了後の申請                    |
| ②身体に機能障害が認められない場合     | ⑧そけいヘルニア（かんとんがあり、緊急手術の場合を除く） |
| ③入院しない手術（外来扱いの手術）     | ⑨骨折、半月板損傷等の外傷                |
| ④内科的治療のみの場合           | ⑩美容、容姿を改善するための手術             |
| ⑤検診のみ、経過観察のみの場合       | ⑪精神発達障害                      |
| ⑥指定自立支援医療機関以外での治療     | ⑫手術で臓器を摘出する場合                |

※支給対象についてご不明な点がある場合は、下記のご住所を管轄する保健所にお問い合わせください。

### 【自己負担金】

医療費（健康保険適用分）のうち1割と入院時の食事代をご負担いただきます。ただし、医療費については区民税額により上限額（1か月あたり2,500円～20,000円）が設けてあります。なお、病状により、「重度かつ継続」として認定された場合は、自己負担額が安くなる場合があります。詳しくは別紙「所得区分に関するチェックシート」をご覧ください。

### 【有効期限】

意見書に記載されている治療見込期間により有効期限を決定します。ただし、手術後の通院期間は最大90日間認定します。また、通院の場合のみ対象となる障害は最大365日間認定します

### 【お問い合わせ先】

- |                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 目黒区保健所 保健予防課 | ☎ 03（5722）9396 |
| <input type="checkbox"/> 碑文谷保健センター    | ☎ 03（3711）6446 |