

5. 医 療

(1) 重度心身障がい者医療費助成

病院などで診察を受けた場合に、健康保険の自己負担額を助成します。

- 対象者 身体障がい者手帳 1 級又は 2 級の者、精神障がい者手帳 1 級の者
知能指数 35 以下（療育手帳 A, A1, A2,）
身体障がい者手帳 3 級を有し、かつ、知能指数 50 以下（療育手帳 B1）

○窓 □ 保健福祉課障がい福祉係

○お持ちいただくもの

公的医療保険情報が確認できるもの、印鑑、身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者手帳、通帳（本人名義）

(2) 自立支援医療（精神通院医療）

精神障がい者の通院医療費自己負担が 1 割になる制度です。

ただし、世帯の所得水準等に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。
また、世帯の所得水準等が一定以上の場合は給付対象外となります。

○窓 □ 保健福祉課障がい福祉係

○お持ちいただくもの

自立支援医療費（精神通院）受給認定申請書、同意書、課税証明（同意書を得て調査可能であれば不要）または非課税世帯の場合所得確認書類（通帳写し等）、マイナンバーカード、自立支援医療費診断書（上限額設定を希望する場合は「重度かつ継続に関する意見書」も提出）、公的医療保険情報が確認できるものの写し（同じ医療保険加入者全て）、印鑑

(3) 自立支援医療（更生医療）

身体障がい者の現在の障がいを、除去又は軽減するために必要な医療費が 1 割になる制度です。

ただし、世帯の所得水準等に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。

また、世帯の所得水準等が一定以上の場合は給付対象外となります。

- 対象者 18 歳以上の身体障がい者手帳を有する方で医療により障がいを軽減あるいは機能の維持が保たれる等の効果を期待できる方
※身体障がい者手帳に記載されている障がい（部位）に対する医療に限定されます。
（18 歳未満の児童は育成医療が適用されます。申請先は保健所です。）

○窓 □ 保健福祉課障がい福祉係

○お持ちいただくもの

自立支援医療費（更生）支給認定申請書、更生医療要否意見書（指定医）、同意書、公的医療保険情報が確認できるものの写し（同じ医療保険加入者全て）、課税証明（同意書を得て調査可能であれば不要）または非課税世帯の場合所得確認書類（通帳写し等）、マイナンバーカード、障がい者手帳、特定疾病受給者証、印鑑

○給付対象の医療の例

視覚障がい	角膜移植術、水晶体摘出術、網膜剥離復位手術、虹彩切除術、虹彩切開術、硝子体切開術、組織充填術など
聴覚障がい	外耳道形成術、鼓膜形成術、鼓室形成術、人工内耳埋め込み術
音声・言語・そしゃく機能障がい	口唇形成術、口蓋形成術 人工喉頭、食道発声療法、言語療法（薬物、暗示療法を含む）
肢体不自由	人工関節置換術、皮膚の手術、筋腱の手術、末梢神経の手術、脊柱・脊髄の手術、骨の手術、その他（理学療法）など
心臓機能障がい	経皮的冠動脈形成術、大動脈弁置換術、人工血管置換術、ペースメーカー植え込み術、心臓移植術など
じん臓機能障がい	人工透析療法、じん臓移植術など
小腸機能障がい	中心静脈療法
免疫機能障がい	抗HIV療法、免疫調整療法
肝臓機能障がい	肝臓移植術、肝臓移植術後の抗免疫療法

※ 指定を受けた医療機関での医療が対象です。

※ 更生医療要否意見書の用紙が医療機関にない場合は、保健福祉課に請求してください。

（４）自立支援医療（育成医療）

障がい除去あるいは軽減される見込みのある児童に対し、必要な医療（治療用装具も含む）の給付を行います。自己負担は１割です。

ただし、世帯の所得水準等に応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。

また、世帯の所得水準等が一定以上の場合は給付対象外となります。

○対象者 身体に障がいがある児童又は、現存する疾患が、これを放置すれば将来障がいを残すと認められる児童のうち、通院、若しくは比較的短期間の入院で障がい除去あるいは軽減される見込みのある児童

○窓 □ 保健福祉課障がい福祉係

○お持ちいただくもの

自立支援医療費（更生）支給認定申請書、更生医療要否意見書（指定医）、同意書、マイナンバーカード、公的医療保険情報が確認できるものの写し（同じ医療保険加入者全て）、課税証明（同意書を得て調査可能であれば不要）または非課税世帯の場合所得確認書類（通帳写し等）、障がい者手帳、特定疾病受給者証、印鑑

視覚障がい	斜視、白内障、眼瞼欠損
聴覚平衡機能障がい	外耳奇形、中耳カタルなど
音声言語機能障がい	口蓋裂、吃音症など
肢体不自由	先天性股関節脱臼、内反足
心臓機能障がい	心室中隔欠損症など
じん臓機能障がい	慢性腎不全など
先天性内臓障がい	巨大結腸、肛門閉鎖、胆道閉鎖など

※ 指定を受けた医療機関での医療が対象です。