

自立支援（育成医療）の給付申請をされる方へ

1. 育成医療とは

身体に障がいがある児童（18 歳未満）または放置すれば将来に障がいを残すおそれが大きい疾病を有する児童が、指定自立支援医療機関において受ける治療によって確実な治療効果が期待できる場合に、医療費の一部を公費で負担する制度です。

2. 育成医療の対象疾患について

1. 肢体不自由
2. 視覚障害によるもの
3. 聴覚・平衡機能障害によるもの
4. 音声・言語・そしゃく機能障害によるもの
5. 内臓機能障害によるもの（心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸及び肝臓機能障害。その他先天性の内臓機能障害。）
6. ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害によるもの

＊内臓機能障害によるものについては、手術により将来生活能力を得る見込みのあるものに限ります。

3. 育成医療の費用負担について

自己負担額は、原則として保険診療でかかった医療費の1割の金額となります。ただし、所得に応じてひと月あたりの負担に上限額が設定されます(下表のとおり)。毎月の医療費は、ひと月あたり負担額の範囲内で病院に支払うことになります。また、入院時の食費は自己負担となります。

なお、一定所得以上の「世帯」(※注1)(市町村民税(所得割)が23万5千円以上の世帯)で、「重度かつ継続」(※注2)に該当しない方は、育成医療の対象外となりますので、ご注意ください。

一定所得以下(市町村民税非課税)			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	保護者収入 80万9千円以下(※注3)	保護者収入 80万9千円超	市町村民税0円～ 3万3千円未満 (所得割額)	市町村民税3万3千円以上23万5千円未満(所得割額)	市町村民税23万5千円以上 (所得割額)
負担0円	負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	対象外
			重度かつ継続		
			負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円

※注1「世帯」とは住民票の世帯ではなく、同じ医療保険に加入している家族になります。

※注2「重度かつ継続」とは

- ①疾病・症状から対象となる児童…腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)
- ②高額な費用負担が継続することから対象となる児童…医療保険の多数該当(※)の世帯の児童
＊「多数該当」とは、高額医療費に該当となる療養を受けた月以前の12か月間における高額医療費の該当回数が3回以上となる場合、4回目から自己負担額が軽減される制度です。

※注3「収入」とは地方税法上の合計所得金額と、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当などの年金・手当等の受給額を合計した額です。
なお、育成医療の有効期間開始日が令和7年6月30日までの申請の判定に用いる収入金額の基準は、80万円となります。

4. 育成医療給付申請に必要な書類について（申請は事前申請（治療開始前）が原則です。）

- （１）自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
※申請時に市役所窓口で記入していただきます。
- （２）自立支援医療（育成医療）意見書
※指定自立支援医療機関の医師に記入してもらいます。
- （３）加入医療保険内容が分かるもの（資格確認書または資格情報のお知らせまたはマイナポータル画面など）
※受診児、及び受診児と同一の保険に加入している全員分
- （４）個人番号が分かるもの（通知カードまたは個人番号カードなど）
※受診児、及び受診児と同一の保険に加入している全員分
- （５）特定疾病療養受療証の写し（受診児が人工透析を受けている場合のみ）

注意 通院（入院・通院同時の場合を含む。）の申請で、院外薬局（指定自立支援医療機関）を利用する可能性がある場合は同時に申請してください。後日追加申請をした場合、有効期間は決定した日からとなり、原則遡って認定はできません。

【所得及び市町村民税の課税状況を確認する年度について】

	課 税 年 度
① 開始日が R6 年 7 月 1 日から翌年 6 月 30 日までの間にある場合	R6 年度分（R5 年中所得）
② 開始日が R7 年 7 月 1 日から翌年 6 月 30 日までの間にある場合	R7 年度分（R6 年中所得）

★申請後は・・・

- ・支給認定されると、申請者あてに「自立支援医療受給者証（育成医療）」と「自己負担上限額管理票」を郵送します。
⇒記載事項を確認後、指定自立支援医療機関へお持ちください。
- ・「自立支援医療受給者証（育成医療）」の有効期限内に、受給者証の記載事項に変更があった場合（加入医療保険の変更、氏名や住所の変更、医療機関の変更など）は、障がい福祉課でのお手続きが必要となります。詳細につきましては、下記担当までお問い合わせください。

担当：八戸市 障がい福祉課
TEL：0178-43-9106