

自立支援医療(育成医療) 手続きのご案内

〈令和5年4月改正〉

18歳未満の児童で、生まれつき身体に障害がある方、またはそのまま放置すると将来障害を残すと認められる方が治療により身体上の障害が治癒・軽減される場合、治療に必要な医療費の一部を助成する制度です。

1. 制度について

《対象者》

- 保護者が倉敷市内に住所を有する18歳未満の児童

※申請時に18歳未満で、助成期間内に18歳に到達した場合、助成期間終了まで助成されます。

《対象となる医療費》

- 受給者証に記載されている指定医療機関および調剤薬局で支払った保険診療分の医療費
- 認定期間内に作成・装着した治療用装具代金

※食事療養費、保険診療外(文書料・リネン・おむつ代など)の費用は対象となりません。

《給付の対象となる障害の区分と主な医療(例示)》

障害の種類	主な症例や治療例
視覚障害	・白内障、先天性緑内障、眼瞼欠損、斜視等に対する手術等
聴覚又は平衡機能の障害	・先天性耳奇形に対する形成術(聴覚平衡機能障害の除去又は軽減する手術であること) ・高度難聴に対する人工内耳埋込術等
音声機能、言語障害又はそしゃく機能の障害	・口蓋裂等に対する形成術等 ・歯科矯正が必要な者(口顎口蓋裂に起因した音声、言語機能障害を伴う者であって、鼻咽腔閉鎖不全機能に対する手術以外)に対する歯科矯正
肢体不自由	・先天性股関節脱臼、脊柱側彎症、くる病(骨軟化症)等に対する関節形成術、関節置換術、及び義肢装着のための切断端形成術等
心臓機能障害	・先天性疾患の弁口、心室心房中隔に対する手術 ・後天性心疾患に対するペースメーカー埋込術 ★心臓移植後の抗免疫法等
腎臓機能障害	★人工透析療法、腎移植術(抗免疫療法を含む)
肝臓機能障害	★肝臓移植術(抗免疫療法を含む)
小腸機能障害	★中心静脈栄養法
免疫機能障害	★抗HIV療法、免疫調節療法、その他HIV感染症に対する治療
その他先天性内臓障害	・先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、鎖肛、巨大結腸症、尿道下裂、停留精巣(睾丸)等に対する尿道形成、人工肛門の造設などの外科手術

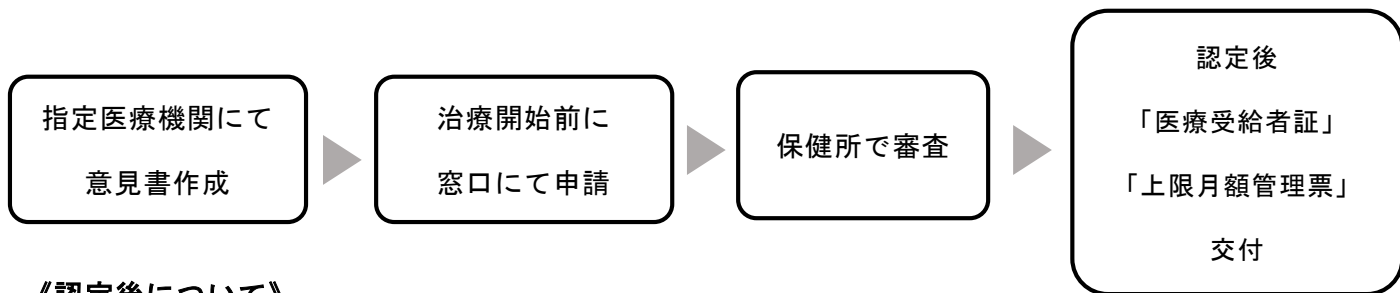
★は、「重度かつ継続」の対象となります。

《申請手続》

原則、治療を開始する前に申請してください。

申請日前の治療は対象となりません。

※ただし、緊急入院の方は申請日前の治療が認められる場合があります。



《認定後について》

●払戻しの制度はありません。

育成医療の申請中であることを医療機関に伝え、支払いを待っていただくようお願いします。

支払われた場合は医療機関へご相談ください。

●認定期間終了後も育成医療を希望する場合は再度申請が必要になります。

認定期間終了時期に通知等は送付されませんので、ご注意ください。

《自己負担上限月額》

医療費の一部負担金は1割負担です。

ただし、「支給認定基準世帯員」の市民税所得割と収入額に応じた自己負担上限月額があります。

「支給認定基準世帯員」

- ・国民健康保険・国民健康保険組合⇒加入者全員
- ・被用者保険（協会けんぽ・共済組合・健保組合など⇒被保険者

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額	「重度かつ継続」 ※
生活保護	-		0円	
低1	市 町 村 民 税	非課税 収入 80万円以下	2,500円	
低2		収入 80万円超	5,000円	
中間1	課 税	所得割 3.3万円未満	5,000円	5,000円
中間2		所得割 3.3万円以上 23.5万円未満	10,000円	10,000円
一定所得以上		所得割 23.5万円以上	給付対象外	20,000円

※「重度かつ継続」の対象は以下の場合です。

(1) 治療内容・症状等から対象となる場合

→《給付の対象となる障害の区分と主な医療(例示)》の★のついている治療に限ります。

(2) 医療保険の高額療養費で多数該当の場合

→同じ医療保険内で、過去12か月に3回以上高額療養費に該当する治療を受け、その給付を受けた場合

2. 必要書類

(1) 全員必要な書類

提出書類	備考
<input type="checkbox"/> 支給認定申請書	裏面も記入欄あり
<input type="checkbox"/> 医療意見書	指定医療機関が記入
<input type="checkbox"/> お子さまの健康保険証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>国民健康保険組合</u>の方は<u>加入者全員</u>の写しが必要。 ・生活保護世帯の方は、福祉事務所が発行する生活保護受給中であることの証明書(休日夜間の証明書の写しでも可)。健康保険に加入中の方は、健康保険証の写しも必要です。
<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)の確認書類	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者保険加入の方 受診者本人と被保険者の分 ・国民健康保険または国民健康保険組合加入の方 加入者全員分
<input type="checkbox"/> 本人確認書類	(窓口へ手続に来る人のもの) ・運転免許証、パスポートなど顔写真のついた官公署の発行した書類 ・上記がない場合、健康保険証、年金手帳など氏名と生年月日又は住所の確認できる書類2点

(2) 該当する方のみ必要な書類

対象者	提出書類
2つ以上の病院・診療所を申請する方	<input type="checkbox"/> それぞれの病院・診療所の意見書
非課税世帯かつ年金・手当等※を受給している方	<input type="checkbox"/> 前年の年金・手当等※の給付額が分かるもの(年金証書・振込通知書・通帳の写しなど)
重度かつ継続に該当する方	<input type="checkbox"/> 加入医療保険からの支給決定通知書等の証明書類
人工透析治療をする方	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の写し(健康保険から発行されるもの)
身体障害者手帳をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し
申請者と窓口に来る人が異なる時	<input type="checkbox"/> 委任状

※・年金：障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金

・手当：特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当

3. 支払いについて

《窓口の支払いについて》

医療機関等の窓口で支払いをする際は、受給者証に添えて交付される「上限月額管理票」に支払額とその累計額を記入してもらい、自己負担金額を管理してください。

《薬局・訪問看護事業所を利用する場合》

利用前に申請してください。利用できる薬局・訪問看護事業所は自立支援医療指定医療機関に限られますので、詳しくは、各窓口へおたずねください。

《子ども医療費の対象の方》

● 県内医療機関を受診した場合

育成医療の自己負担部分については、子ども医療費の対象となるので窓口の支払いはありません。

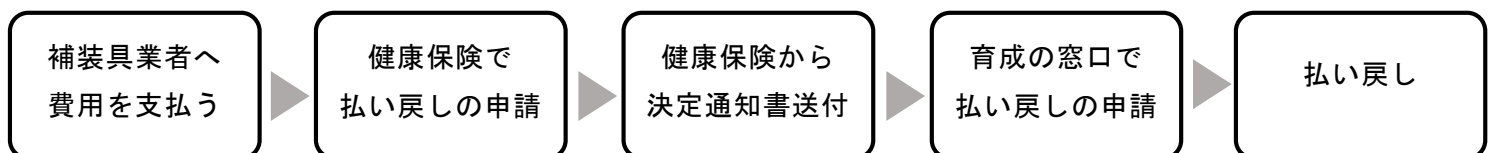
● 県外医療機関を受診した場合

育成医療の自己負担部分については、一旦窓口で支払っていただき、後日倉敷市（医療給付課）へ請求することができます。

※ただし、入院時の食事療養費、保険診療外の費用は対象になりません。

《治療用装具について》

育成医療の有効期間内に医療保険の適用になる治療用装具を購入された場合、治療用装具の費用も育成医療の対象になります。ただし、一旦補装具の全額を補装具業者へ支払った上で、払い戻しの手続きが必要です。



必要書類については倉敷市保健所（保健医療係）までおたずねください。

申請・お問い合わせ窓口

名 称	郵便番号	所 在 地	電話番号
倉敷市保健所 保健課保健医療係	710-0834	倉敷市笹沖170 倉敷市立葦高小学校北側	(086) 434-9812
児島保健福祉センター児島保健推進室	711-0912	倉敷市児島小川町3681-3 児島支所内	(086) 473-4371
玉島保健福祉センター玉島保健推進室	713-8121	倉敷市玉島阿賀崎1-1-1 玉島支所内	(086) 522-8113
玉島保健福祉センター真備保健推進室	710-1398	倉敷市真備町箭田1141-1真備支所内	(086) 698-5111
水島保健福祉センター水島保健推進室	712-8062	倉敷市水島北幸町1-1 水島支所内	(086) 446-1115