

2. 医療費

自立支援医療（更生医療）

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

18歳以上の身体障がい者の障がいを軽減して、日常生活能力、職業能力を回復・改善することを目的として行われる医療に対し、医療費の自己負担を軽減する制度です。

対象者	18歳以上の身体障がい者手帳を所持している人で、対象医療を指定自立支援医療機関で受ける人
対象医療	心臓機能（冠動脈バイパス術、ペースメーカー植込術 等） じん臓機能（腎移植術、人工透析 等） 肢体不自由（人工関節置換術 等） など
自己負担額	原則医療費の1割が自己負担額となります（生活保護世帯を除く）。 また、1ヶ月あたりの負担が増えすぎないように、所得に応じた支払いの負担上限月額が設けられています。 なお、収入や課税額等により適用されない場合もあります。
必要書類	①自立支援医療（更生医療）意見書及び自立支援医療（更生医療）費用明細表（指定の医療機関で記載されたもの） ②身体障がい者手帳もしくは身体障がい者手帳認定診断書 ③健康保険証（写し） ④マイナンバーがわかるもの ⑤透析を受ける人は特定疾病療養受療証の写し（健康保険加入者のみ）

自立支援医療（育成医療）

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

身体に障がいのある児童、または現存する疾病を放置しておくこと将来において障がいを残すと認められる児童に対し、確実な治療効果が期待できる医療に係る医療費の自己負担を軽減する制度です。

対象者	18歳未満の身体に障がいのある児童で、対象医療を指定自立支援医療機関で受ける児童（身体障がい者手帳は必ずしも必要ではありません）
対象医療	肢体不自由、視覚障がい、聴覚・平衡機能障がい、音声・言語・そしゃく機能障がい など
自己負担額	原則医療費の1割が自己負担額となります（生活保護世帯を除く）。 また、1ヶ月あたりの負担が増えすぎないように、所得に応じた支払いの負担上限月額が設けられています。 なお、収入や課税額等により適用されない場合もあります。
必要書類	①自立支援医療（育成医療）意見書（指定の医療機関で記載されたもの） ②健康保険証（写し） ③マイナンバーがわかるもの

自立支援医療（精神通院）

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

精神疾患（てんかんを含む）に関する治療を継続して受ける場合に、医療費の自己負担を軽減する制度です。

対象者	精神疾患（てんかん含む）により、継続して通院治療を必要とする人で、対象医療を指定自立支援医療機関で受ける人 （精神障がい者保健福祉手帳は必ずしも必要ではありません）
対象医療	精神疾患に対する継続的な通院医療
自己負担額	原則医療費の1割が自己負担額となります（生活保護世帯を除く）。 また、1ヶ月あたりの負担が増えすぎないように、所得に応じた支払いの負担上限月額が設けられています。 なお、収入や課税額等により適用されない場合もあります。
必要書類	①自立支援医療（精神通院）診断書または精神障がい者保健福祉手帳用診断書 （指定の医療機関で記載されたもの） ②健康保険証（写し） ③マイナンバーがわかるもの ④受給者証（更新申請の場合のみ）

重度障がい者医療費助成制度

窓口：障がい福祉課 0725-99-8133

医療機関等で要した医療費（医療保険適用分）の自己負担分の一部または全額を助成します（ただし、入院中の食事にかかる負担分及び部屋代等は除きます）。

対象者 右のいずれか	○身体障がい者手帳1級または2級所持者 ○療育手帳「A」所持者 ○療育手帳「BI」と、身体障がい者手帳の両方を所持している人 ○精神障がい者保健福祉手帳1級所持者 ○「特定医療費（指定難病）受給者証」または「特定疾患医療受給者証」を所持し、 障害年金1級相当または特別児童扶養手当1級に該当する人 （一定所得以上は対象外となります）
自己負担額	一部自己負担金について、1つの医療機関等について、1日500円が上限となります。 ただし、複数の医療機関を受診した場合等はそれぞれで自己負担金が必要となり、助成対象者一人あたりの負担限度額は1か月あたり3,000円となります（3,000円を超えて支払った負担金については、市から振込にて償還します）。 受診の際には、必ず「健康保険証」と「重度障がい者医療証」の両方を提示してください。
必要書類	①健康保険証（写し） ②請求者（対象者）の振込口座がわかるもの （口座を登録しておくことで、3,000円を超えた自己負担金について、手続きなしで償還します）

後期高齢者医療制度

窓口：保険年金室 年金・高齢者医療担当 0725-99-8127

後期高齢者医療制度は、

原則として75歳以上の人が入る「医療保険」の制度です。

ただし、65歳以上74歳以下の人で、下記のような一定の障がいがある人についても、

申請により後期高齢者医療制度に入ることができます。

対象者	<ul style="list-style-type: none">○身体障がい者手帳1級～3級の人○身体障がい者手帳4級の一部の人 音声・言語機能障がい4級、両全足指欠損4級、右下腿または左下腿 1/2 以上欠損4級、 右下腿または左下肢機能障がい4級○療育手帳「A」の人○精神障がい者保健福祉手帳1、2級の人○障害基礎年金1、2級の人
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------