

自立支援医療（育成医療）のご案内

制度の概要

身体に障害のある18歳未満の児童に対して行われる、生活の能力を得るために必要な医療に対して医療費の一部を公費で負担する制度です。

給付の要件

以下の障害について、指定医療機関で行われる医療により、確実に治療効果が期待できると医師が判断した場合に対象となります。

- ①視覚障害 ②聴覚、平衡機能障害 ③音声言語、そしゃく機能障害 ④肢体不自由 ⑤心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓機能障害 ⑥先天性の内臓機能障害（⑤に掲げるものを除く） ⑦ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

給付の対象とならない場合

- 指定医療機関以外での医療
各医療機関の診療科目ごとに、指定を受けています。事前に長野市保健所健康課へご確認ください。
- 児童が加入している医療保険の被保険者の「市民税（所得割）額が23万5千円以上」、かつ「高額治療継続者（裏面を参照）に該当しない」場合。

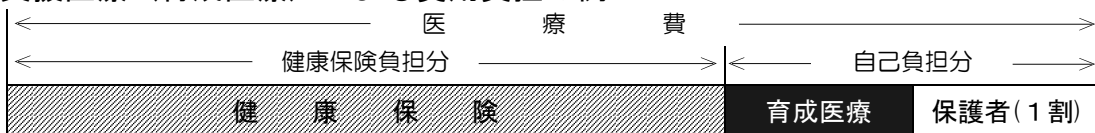
申請書類

| | | |
|-----|---|--|
| 1 | 育成医療支給認定申請書 | 保護者が記入します。 |
| 2 | 育成医療意見書 | 主治医に記入を依頼してください。 |
| 3 | 健康保険証（コピー） | 児童の氏名の記載があるものです。 |
| 4 | 受診者及び保護者等の個人番号確認書類 | 個人番号カード、通知カード（氏名、住所等の記載事項に変更がない場合）、住民票など（確認後返戻） ※個人番号通知書は番号確認書類としては利用できません。 |
| 5 | 申請者の身元確認書類 | ・個人番号カード、運転免許証、パスポートは1点 ・氏名及び生年月日又は住所が確認できるもの2点（確認後返戻） |
| (6) | 世帯調書 （国民健康保険加入世帯のみ提出） | 国民健康保険加入者全員の氏名、個人番号等を記入してください。全員の個人番号を確認できる書類を提出してください。 |
| (7) | 誓約書 （寡婦（夫）控除のみなし適用の条件を満たし、適用を希望する場合のみ提出） | ・受診者の保護者が法律上の婚姻をすることなく、父または母となり、現在においても婚姻をしていない場合、月額自己負担上限額が軽減される場合があります。 （詳細は「誓約書」を参照願います。戸籍謄本の提出をお願いする場合があります。） |
| (8) | 委任状及び代理人の身元の確認できる書類 | 代理人による申請の場合のみ |

※市民税が非課税の世帯は、児童の保護者それぞれについて特別児童扶養手当、障害年金等の収入がある場合は追加で支給額が確認できる書類の提出をお願いします。

例：振込通知書又は証書の写し＋振込先口座の通帳

自立支援医療（育成医療）による費用負担の例



※ 保護者の負担額は医療費の1割となりますが、世帯の課税状況や障害の区分などにより負担上限額（月額）が設定されます。また、入院時の食事標準負担額は保護者の負担となります。

支給認定及び負担額に関するチェックシート(育成医療)

1 所得区分

| 児童の属する世帯の市民税（所得割額）の状況等 | | 所得区分 |
|------------------------|---|------|
| 生活保護世帯 | | 生保 |
| 注1 市民税非課税 | 保護者の年収がいずれも80万円以下 ^{注2} | 低 1 |
| | 保護者の年収が80万円を超える ^{注2} | 低 2 |
| 注1 市民税課税 | 市民税(所得割)額が3万3千円未満 ^{注3} | 中間 1 |
| | 市民税(所得割)額が3万3千円以上23万5千円未満 ^{注3} | 中間 2 |
| | 市民税(所得割)額が23万5千円以上 ^{注3} | 一定以上 |

注1 児童の加入する健康保険が、協会健保・健康保険組合・共済組合の場合は被保険者、国民健康保険の場合は加入者全員の課税状況で判定します（自立支援医療を受ける日が4月～6月の場合は「前年度」、7月～翌年3月の場合は「当年度」の課税額が対象です）。

注2 児童の保護者それぞれについて特別児童扶養手当、障害年金等の収入がある場合は追加で受給額が確認できる書類の提出をお願いします。例：振込通知書又は証書の写し+振込先口座の通帳

注3 児童の加入する健康保険が、協会健保・健康保険組合・共済組合の場合は被保険者、国民健康保険の場合は加入者全員の合算額で判定します。

2 高額治療継続者（重度かつ継続）

(1) 心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害で受診される方

(2) 健康保険の高額療養費で多数該当の方

申請前の12か月間において、児童の属する医療保険の世帯が3回以上、高額療養費の支給を受けた月がある場合に対象となります。なお、その場合には高額療養費の支給通知書の写し、高額療養費の請求に係る医療機関の領収書等の提出をお願いします。

支給認定及び自己負担上限額（月額）

| 所得区分 | 高額治療継続者 | |
|------|---------|---------------------|
| | 該当 | 非該当 |
| 生保 | 0円 | 0円 |
| 低 1 | 2,500円 | 2,500円 |
| 低 2 | 5,000円 | 5,000円 |
| 中間 1 | 5,000円 | 5,000円 |
| 中間 2 | 10,000円 | 10,000円 |
| 一定以上 | 20,000円 | 支給対象外 ^{注4} |

注4 所得区分が「一定以上」で、かつ「高額治療継続者」に該当しない場合は、自立支援医療（育成医療）の支給対象となりません。

申請窓口（お問合せ先）

長野市保健所 健康課 電話：026(226)9963

所在地：〒380-0928 長野市若里六丁目6番1号（長野赤十字病院東側）