

2 医療費助成

(1) 自立支援医療（更生医療）

身体障害者手帳がある方（18歳以上）が障害程度を軽くしたり、進行を防ぐために必要な医療を指定医療機関で受ける場合、医療費を助成します。

対 象 者	① 肢体不自由 ② 視覚障害 ③ 聴覚・平衡機能障害 ④ 音声・言語・そしゃく機能障害 ⑤ 内臓障害（心臓，じん臓，小腸，肝臓機能障害に限る） ⑥ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
内 容	医療費を助成します。
利用者負担等	医療費の1割 （世帯の所得に応じて，自己負担の上限月額が決まります。）
必要なもの	① 申請書 ② 医師の意見書 ③ 身体障害者手帳 ④ 受診者及び受診者と同一の医療保険に加入している世帯員の医療保険の保険証 ⑤ 受診者が障害に関する年金等を受給している場合は，前年の受給額が確認できる資料

（問合せ先 社会福祉課 TEL 43-1638）

(2) 自立支援医療（育成医療）

18歳未満の障害をお持ちの方が障害程度を軽くしたり，進行を防ぐために必要な医療を指定医療機関で受ける場合，医療費を助成します。

対 象 者	① 肢体不自由 ② 視覚障害 ③ 聴覚・平衡機能障害 ④ 音声・言語・そしゃく機能障害 ⑤ 内臓障害（心臓，じん臓，小腸，肝臓機能障害に限る） ⑥ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
内 容	医療費を助成します。
利用者負担等	医療費の1割 （世帯の所得に応じて，自己負担の上限月額が決まります。）
必要なもの	① 申請書 ② 医師の意見書 ③ 受診者及び受診者と同一の医療保険に加入している世帯員の医療保険の保険証 ④ 市民税非課税世帯で，障害年金や各種手当等を受給している場合は，前年の受給額が確認できる資料 ※その他必要な書類がある場合がありますので事前にお問合せください。

（問合せ先 社会福祉課 TEL 43-1638）

(3) 自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患（てんかんを含む。）により通院による医療を継続して受ける必要がある方に、医療費を助成します。

利用者負担等	医療費の1割 (世帯の所得に応じて、自己負担の上限月額が決まります。)
必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ① 医師の意見書 (更新申請時は、2年に一度の提出となります。) ② 受診者及び受診者と同一の医療保険に加入している世帯員の医療保険の保険証 ③ 受診者が障害に関する年金等を受給している場合は、前年の受給額が確認できる資料

(問合せ先 社会福祉課 TEL 43-1638)

(4) 重度心身障害者医療

重度の心身障害者が医療機関で医療を受けた場合の自己負担相当額を助成します。

対象者	<p>次のいずれかの手帳をお持ちの方</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 身体障害者手帳 1級・2級・3級 ② 療育手帳 A・A・B ③ 精神手帳 1級 及び 自立支援医療を受けている方 <p>※所得制限があります。 ※65歳以上75歳未満の後期高齢者医療未加入の方は対象にはなりません。</p>
内容	<p>一部負担金</p> <p>一医療機関につき、1日200円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院の場合：月に4日まで ・入院の場合：月に14日まで
必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ① 健康保険証 ② 身体障害者手帳又は療育手帳 ③ 本人及び扶養義務者の所得証明書

(問合せ先 保健医療課 TEL 43-1639)

(5) 後期高齢者医療

65歳以上の心身障害者のうち、一定の障害程度にある方は、後期高齢医療の早期適用を受けられます。

対 象 者	65歳以上75歳未満の方で次のいずれかの手帳をお持ちの方 ① 身体障害者手帳 1級・2級・3級 ② 身体障害者手帳4級の方で次のいずれかに該当する方 ア 音声機能・言語機能又はそしゃく機能に著しい障害のある方 イ 両下肢のすべての指を欠く方 ウ 1下肢を下腿の2分の1以上で欠く方 エ 1下肢の機能に著しい障害のある方 ③ 療育手帳 ㉠・A ④ 精神障害者保健福祉手帳 1級・2級
内 容	医療受診時に後期高齢者医療被保険者証を提示することで、保険診療分について一部負担金で受診できます。
必要なもの	① 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 ② 国民年金等の証書 ③ 健康保険証

(問合せ先 保健医療課 TEL 43-1639)