

## 主な医療費助成制度

### 小児慢性特定疾病医療【都】

|      |                                              |       |                             |
|------|----------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| 対象   | 小児慢性特定疾病（慢性心疾患・慢性腎疾患など）に罹患している児童（入院・通院）      |       |                             |
| 内容   | 治療にかかる費用（保険適用分）のうちの一部を公費により助成します。（指定医療機関に限る） |       |                             |
| 申請時期 | 随時                                           | 問い合わせ | 子ども政策課 ☎042-523-2111 内線1340 |

### 心身障害者医療費助成【都】

|      |                                                                                                                                 |       |                            |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | 国民健康保険・社会保険等の医療保険に加入している方で、身体障害者手帳1・2級（内部障害は3級）または、愛の手帳1・2度または精神障害者保健福祉手帳1級の方<br>※所得制限あり ※住民税課税世帯でマル乳・マル子・マル青該当者はマル乳・マル子・マル青が優先 |       |                            |
| 内容   | 医療機関に係る際、保険の給付が行われた医療費の自己負担分を助成します。                                                                                             |       |                            |
| 申請時期 | 手帳の交付を受けたとき                                                                                                                     | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1511 |

### 難病医療費助成【国・都】

|      |                                      |       |                            |
|------|--------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | 国が指定している難病と都が指定している難病に罹患している方（入院・通院） |       |                            |
| 内容   | 治療にかかる費用等（保険適用分）のうちの一部を公費により助成します。   |       |                            |
| 申請時期 | 随時                                   | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1514 |

## 主な障害手当等

### 児童育成手当（育成障害手当）【都】

|      |                                                        |       |                                  |
|------|--------------------------------------------------------|-------|----------------------------------|
| 対象   | 施設（児童養護施設など）に入所しておらず、身体障害者手帳1・2級程度、愛の手帳1～3度程度等の障害がある児童 |       |                                  |
| 内容   | 月額 15,500円                                             |       |                                  |
| 申請時期 | 支給対象となったとき                                             | 問い合わせ | 子ども政策課 ☎042-523-2111 内線1345・1351 |

### 特別児童扶養手当【国】

|      |                                                                                              |       |                             |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| 対象   | 施設（児童養護施設など）に入所しておらず、身体障害者手帳1～3級程度、愛の手帳1・2・3度程度等の障害がある20歳未満の児童の父母または養育者（障害を理由とする年金を受けていないこと） |       |                             |
| 内容   | 重度障害児（1級） 月額 56,800円 中度障害児（2級） 月額 37,830円                                                    |       |                             |
| 申請時期 | 支給対象となったとき                                                                                   | 問い合わせ | 子ども政策課 ☎042-523-2111 内線1340 |

### 障害児福祉手当【国】

|      |                                               |       |                            |
|------|-----------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | 精神又は身体に重度の障害を有し、常時介護を必要とする状態にある方。診断書の添付が必要です。 |       |                            |
| 内容   | 月額15,690円（令和6年度～）                             |       |                            |
| 申請時期 | 支給対象となったとき                                    | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1510 |

### 重度心身障害者手当【都】

|      |                                                                                                              |       |                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | ・重度の知的障害で、日常生活について常時複雑な配慮を必要とする精神症状を有する方 ・重度の身体障害と重度の知的障害が重複する方 ・重度の肢体不自由で両上肢および両下肢の機能が失われ、座っていることも困難な程度以上の方 |       |                            |
| 内容   | 月額 60,000円                                                                                                   |       |                            |
| 申請時期 | 支給対象となったとき                                                                                                   | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1510 |

### 心身障害者手当【市】

|      |                                                               |       |                            |
|------|---------------------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | ① 身体障害者手帳1・2級、愛の手帳1～3度の方、脳性麻痺・進行性筋萎縮症の方 ②身体障害者手帳3・4級、愛の手帳4度の方 |       |                            |
| 内容   | 月額 ①6,000円 ②4,500円 ※難病手当、児童育成手当（障害育成手当）との併給不可                 |       |                            |
| 申請時期 | 手帳の申請をするとき                                                    | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1510 |

### タクシー・ガソリン費助成事業【市】

|      |                                                     |       |                            |
|------|-----------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 対象   | ・身体障害者手帳1～3級（3級は下肢・体幹・内部機能障害）、愛の手帳1・2度の方<br>※所得制限あり |       |                            |
| 内容   | 月額 3,500円あるいは2,000円 ※住民基本台帳上の世帯で市民税所得割額が一番高い方の額による  |       |                            |
| 申請時期 | 支給対象となったとき<br>※毎年度更新が必要                             | 問い合わせ | 障害福祉課 ☎042-523-2111 内線1518 |

## 医療的ケアが必要なお子様のために

～立川市の相談窓口等のご案内～

### 医療的ケアとは

人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為（酸素療法、吸引、ネブライザー管理、経管栄養、インスリン等皮下注射、中心静脈カテーテル管理、血糖測定、透析、導尿、人工肛門（ストマ）、浣腸、洗腸、痙攣時の坐薬挿入など）

### 医療的ケア児とは

日常生活及び社会生活を営むために、恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（主に18歳未満）

さまざまな制度があります。  
**まずはご相談を！**



#### ○ 医療的ケア児等コーディネーター（障害福祉課）

☎ 042-523-2111（内線1524） 立川市役所 1階

FAX 042-529-8676

#### ○ 子ども総合相談（子ども家庭センター）

☎ 042-529-8566（直通） 子育て支援・保健センターはぐくるりん内

FAX 042-528-6875

#### ◇ 東京都医療的ケア児支援センター （多摩地域） ☎ 042-312-8164

相談先にお困りのご家族や支援者などからのお話をうかがい、関係機関と連携して適切な支援につなげるための相談窓口です。まずは**センター相談員**にご相談ください。

#### ◇ 東京都多摩立川保健所

☎ 042-524-5171

保健師が長期療養児の療育と療養の相談をしています。まずは**地区担当保健師**にご相談ください。