

自立支援医療(育成医療)の支給を申請されるかたへ

自立支援医療(育成医療)は**事前申請**が原則です。治療の予定が決まりましたら、できるだけ早く申請してください。なお、**一定の基準により審査し認定しますので、必ずしも申請が認められるとは限りません。**

【制度の概要】

この制度は、下記の条件を全て満たした児童の医療費の一部を助成するものです。**住民税額により保護者の方に自己負担(詳細は裏面をご覧ください)があるほか、保護者には所得制限があります。**

- ①保護者が立川市に在住し、児童が満18歳未満であること
- ②身体に機能障害があること(詳細は下記をご覧ください)
- ③手術等により確実な治療効果が期待できること
- ④**市町村民税(所得割)が23万5千円未満**であること(*1)

※市町村民税所得割が23万5千円以上の場合は助成対象外ですが、「重度かつ継続」に該当する場合(腎臓機能障害・小腸機能障害・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・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)は助成対象になります。

- ⑤指定医療機関(病院、薬局、訪問看護ステーション)で自立支援医療を受けること

※入院時の食事代、健康保険が適用にならない治療・投薬、差額ベッド代等は助成対象外です。

【必要書類】

書類の種類	説明
① 支給申請書	保護者の方がご記入ください。
② 意見書	自立支援医療指定医師が記入したものをご提出ください。(*2)
③ 世帯調書	保護者の方がご記入ください。
④ 住民税課税証明書 治療開始が4月から6月までは前年度、7月以降は当該年度のものがが必要です。	市役所・町村役場で発行しています(立川市の公簿で確認できない方はご提出ください)。 国民健康保険の方……保険に加入している方全員分(高校生以下は不要) 国民健康保険以外の方…被保険者の方(保険料を支払っている方)の分 住民税非課税世帯の場合は、健康保険の種類に関らず、保護者全員の住民税非課税証明書をご提出ください。
⑤ 健康保険証のコピー	国民健康保険の方……保険に加入している方全員分(立川市国保の方は公簿で確認) 国民健康保険以外の方…被保険者の方と患者本人の分 紙の場合は被扶養者(家族)の名前が記載されたページもコピーしてください。
⑥ その他	・生活保護を受けている方…生活保護を受けていることを証明する書類(「④住民税課税証明書」、健保併給している場合を除き「⑤健康保険証のコピー」は不要) ・中国残留邦人等の方……中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯であることを証明する書類 ・高額医療費多数該当の方…申請前の12か月間に受診者の属する医療保険の世帯が3回以上高額医療費の支給実績があったことわかる書類 ・人工透析を受けている方…特定疾病療養受療証をコピーしたもの ・免疫機能障害の方……免疫機能障害意見書を②に追加して提出してください。
⑦ 個人番号を確認する書類	申請者の個人番号が確認できる書類(個人番号カード、通知カード等)
⑧ 提出者の身元確認書類	申請書類を提出する方の身元確認を行います。個人番号カード、運転免許証、パスポート等をご提示ください。保険証等写真のついてない書類の場合は2点提示していただく必要があります。
⑨ 委任状	申請書類の提出を申請者本人ではなく別の方が行う場合に必要です。

*1 : 住宅借入金等特別税額控除及び寄附金税額控除については税額控除前の金額となります。

*2 : 意見書の記載内容が不明確な場合、担当医師に治療内容等を問合わせる場合があります。また、文書料に係る場合があります。

*3 : 個人番号を確認する書類について詳しくは問合せ先にご確認ください。

【支給の対象となる障害】

手 術 後 通 院	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 心臓障害 ⑥ 腎臓障害(人工透析・腎移植のみ対象) ⑦ 肝臓障害 ⑧ その他の内臓障害	通 院 の み の 場 合 も 対 象	① 肢体不自由に対する理学療法(リハビリテーション)、補装具療法 ② 視覚障害の未熟児網膜症に対する光凝固療法 ③ 唇顎口蓋裂などに起因する音声・言語・そしゃく障害の歯科矯正、義歯療法、言語療法 ④ 腎臓機能障害に対する人工透析療法 ⑤ 鎖肛、巨大結腸症に対する排便訓練、ストマ(人工肛門)ケア ⑥ 小腸機能障害に対する中心静脈栄養法(IVH) ⑦ 心臓移植後の抗免疫療法 ⑧ 肝臓移植後の抗免疫療法 ⑨ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する治療
-----------------------	--	--	--

【支給の対象とならない主な例】

- ① 市町村民税(所得割)が23万5千円以上の場合
- ⑦ 治療終了後の申請
- ② 身体に機能障害が認められない場合
- ⑧ **そけいヘルニア**(かんとんがあり、緊急手術の場合を除く)
- ③ 入院しない手術(外来扱いの手術)
- ⑨ 骨折、半月板損傷等の外傷
- ④ 内科的治療のみの場合
- ⑩ 美容・容姿を改善するための手術
- ⑤ 検診のみ、経過観察のみの場合
- ⑪ 精神発達障害
- ⑥ 指定自立支援医療機関以外での治療
- ⑫ 手術で臓器を摘出する場合

※支給対象についてご不明な点がある場合は、裏面の問合せ先にご確認ください。

【自己負担金】

医療費(健康保険適用分)のうち1割と入院時の食事代をご負担いただきます。ただし、医療費については住民税額により上限額(1か月あたり2,500円～20,000円)が設けてあります。なお、病状により、「重度かつ継続」として認定された場合は、自己負担額が安くなる場合があります。詳しくは下記「所得区分に関するチェックシート」をご覧ください。

【有効期間】

意見書に記載されている治療見込期間により有効期間を決定します。ただし、手術後の通院期間は最大90日間認定します。また、通院の場合のみ対象となる障害は最大365日間認定します。

《所得の区分に関するチェックシート》

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

1 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護または中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯の認定を受けていますか。

- ・ 受けている : 「生保」に○をしてください。
- ・ 受けていない : 2へ

2 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割か所得割のいずれか又は両方)が課税されていますか。

- ・ 課税されていない : 3へ(市町村民税非課税証明書をご用意ください)
- ・ 課税されている : 4へ(市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください)

3 自立支援医療を受診する方の保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。

(※収入とは合計所得金額*、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額)

* 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額

- ・ 80万円以下 : 「低1」に○をしてください。
- ・ 80万円を超える : 「低2」に○をしてください。

4 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。

- ・ 市町村民税(所得割) 3万3千円未満 : 「中間1」に○をしてください
- ・ 市町村民税(所得割) 23万5千円未満 : 「中間2」に○をしてください
- ・ 市町村民税(所得割) 23万5千円以上 : 「一定以上」に○をしてください

5 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。

- ・ 該当する : 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
- ・ 該当しない : 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

① 腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、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

② 医療保険の高額医療費で多数該当の方

←「生保」→		←「低1」→		←「低2」→		←「中間1」→		←「中間2」→		←「一定以上」→
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	医療保険の負担上限額		自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)			
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円				