

自立支援医療（育成医療）について

自立支援医療（育成医療）は児童福祉法第4条に規定する障がい児（障害に係る医療を行わないと将来障害を残すと認められる児童を含む）で、その身体障害を除去、軽減する手術等の治療によって確実の効果が期待できるものに対して提供される、生活の能力を得るために必要な自立支援医療費支給を行うものです。

●対象となる方

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条の規定による身体障害を有する児童又は現存する疾患が、当該障害又は疾患に係る治療を行わないときは、将来において同別表に掲げる障害を残すと認められる児童であって、確実な治療の効果が期待できる方です。

●対象となる疾患名など

対象となる疾患は「別紙参照資料」をご覧ください。

（申請書に添付する医師の意見書により、大村市福祉事務所の嘱託医が認定します。）

●医療費の自己負担

自己負担は原則、医療費の1割です。ただし、1か月あたりの負担は世帯の所得状況等により定められた負担上限月額までです。

<世帯所得状況等による自己負担額一覧表>

世帯所得状況		自己負担額	
		負担割合	上限月額
生活保護受給世帯		0円	
市町村民税 非課税世帯	受給者の収入が80万円未満（収入は障害年金などの非課税収入を含みます）	1割	2,500円
	受給者の収入が80万円以上（収入は障害年金などの非課税収入を含みます）	1割	5,000円
課税世帯	市町村民税所得割額 3万3千円未満	1割	5,000円
	市町村民税所得割額 3万3千円以上23万5千円未満	1割	10,000円
	「重度かつ継続」に該当 市町村民税所得割額 23万5千円以上	1割	20,000円
	「重度かつ継続」に非該当 市町村民税所得割額 23万5千円以上	自立支援医療制度（育成医療） 対象外です。	

※「世帯」の範囲は受給者と同じ医療保険などの公的医療保険に加入する方を同一の「世帯」として捉えています。（国民健康保険の場合は「加入者全員」、その他医療保険の場合は「被保険者及び受給者」が世帯の対象となります。）

※「重度かつ継続」とは、腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、医療保険の高額療養費で多数回該当の方（例：歯科矯正等）に該当する場合です。

●申請手続きについて

受診している医療機関にご相談のうえ、医療機関窓口（受付していない所もあります）障がい福祉課窓口にて下記必要書類を提出して下さい。医療保険や医療機関・薬局等を変更する場合は変更手続きが必要です。

また、基準日（6月末までに申請される場合はその前年の1月1日、7月以降に申請される場合はその年の1月1日）において大村市外に住民票があった方は、所得状況をマイナンバーで照会しますが、なんらかの理由で照会できなかった場合は、その市町村の課税所得証明書等が必要です。

（世帯所得状況を確認する18歳以上の世帯員分。また、非課税者も必要です）

手続きの種類		必要なもの
新規		<input type="checkbox"/> 支給認定申請書・同意書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書（※3ヶ月以内に作成されたもの） <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん（認印） <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です） <input type="checkbox"/> （所持者のみ）特定疾病療養受療証
市外・県外から転入された方		<input type="checkbox"/> 支給認定申請書・同意書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書（前住所地に照会可能な場合は不要） <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん（認印） <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です） <input type="checkbox"/> （所持者のみ）特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 前住所地の資料提供同意 <input type="checkbox"/> 前住所地受給者証（前住所地に照会可能な場合は不要）
変更	医療機関変更・追加	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書 <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 印かん（認印）
	保険証の変更	<input type="checkbox"/> 支給認定申請書・同意書 <input type="checkbox"/> 記載事項変更届 <input type="checkbox"/> 保険証の写し（世帯分） <input type="checkbox"/> 印かん（認印） <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（※）（世帯分） <input type="checkbox"/> 非課税世帯の場合は、受給者の障害年金等通知書写し（申告しており確認できる場合は不要です） <input type="checkbox"/> （所持者のみ）特定疾病療養受療証
	住所・氏名変更	<input type="checkbox"/> 記載事項変更届 <input type="checkbox"/> 印かん（認印）
返還		<input type="checkbox"/> 返還届 <input type="checkbox"/> 受給者証

（※）マイナンバーがわかるもの

マイナンバーカード、マイナンバーが記載された住民票（記載事項証明書）、通知カード（住民票の記載事項と一致している場合に限る）

※手続き完了後の受給者証は、対象者に送付します。

＜お問い合わせ先＞※月～金（祝日は除く）8：30から17：15まで

〒856-0832 大村市本町 458 番地 2（障がい福祉課） 電話：0957-20-7306