



## 医療

### 大村市中心身障害者福祉医療費の助成制度（原則 74 歳まで） 問合せ先：障がい福祉課・福祉総務課

障がい者の経済的負担を軽減し、保健の向上と福祉を増進するために、病気やけがなどで医療機関にかかった際の医療費を助成します。受給資格者証の有効期間は最長 1 年（交付日から次の 9 月末まで）で、年 1 回更新されます。

◇ 対象者

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの人で、健康保険に加入している人。なお、この制度には所得制限があり、世帯の所得状況を新規申請及び更新時（年 1 回）に審査します。65 歳以上で後期高齢者医療に加入の人及び 75 歳以上の人は、次頁をご確認ください。

◇ 助成対象

| 手帳の種類       | 等級    | 助成対象 |       |
|-------------|-------|------|-------|
|             |       | 入院   | 外来・薬剤 |
| 身体障害者手帳     | 1～4 級 | ○    | ○     |
|             | 5・6 級 | ○    | ×     |
| 療育手帳        | A1～B2 | ○    | ○     |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 1～3 級 | ×    | ○     |

◇ 対象となる医療費

医療機関の窓口で支払う金額のうち、健康保険適用の医療費。

◇ 助成を受ける方法

グリーン受給資格者証を市内医療機関の会計窓口で提示してください。ただし、市外の医療機関を受診された時は、別途領収書と申請書の提出が必要です。（市内医療機関でも、過去の診療分を遡及して申請する場合、ご自身で申請書の提出が必要な場合があります。）

◇ 助成の内容

窓口で負担した額に、1 か月ごと・医療機関ごとに自己負担額（診療日数×800 円※上限 1,600 円）を差し引いた後（助成対象額）、助成割合を乗じた額を支給します。（支払月の翌月末日に指定口座へ振込まれます。ただし 70 歳以上の人は 4 か月後の末日に振込まれます。）

※ 調剤薬局については、自己負担額はありません。

※ 医療費が高額になった場合は、各保険者から支給される高額療養費や附加給付金の対象となる金額を、窓口での負担金額から差し引いたものが助成対象額になります。

◇ 助成割合

| 等級                                | 住民税課税区分        | 助成割合          |
|-----------------------------------|----------------|---------------|
| 身体（1～3 級）<br>療育（A1～B1）<br>精神（1 級） | 全て             | 助成対象額全額を支給    |
| 身体（4～6 級）<br>療育（B2）<br>精神（2、3 級）  | 非課税世帯          | 助成対象額の 2 分の 1 |
|                                   | 均等割のみ課税されている世帯 | 助成対象額の 4 分の 1 |
|                                   | 上記以外世帯         | 助成対象額の 8 分の 1 |

◇ 申請に必要なもの ※ご不明な点はお問い合わせ下さい。

- 健康保険証
- 印鑑（シャチハタ不可）
- 所得証明書、住民税課税証明書【1月1日現在の住所地が市外の場合に必要な（世帯員（本人含む）に転入者がいる場合または扶養義務者が市外の場合など）。必要な年度分についてはお問合せください。】
- 障害者手帳
- 普通預金通帳

- ◇ 問合せ・申請先
- |           |                    |             |
|-----------|--------------------|-------------|
| 大村市福祉総務課  | 電話 53-4111(内線 156) | FAX 52-6930 |
| 大村市障がい福祉課 | 電話 20-7306         | FAX 47-5419 |

**大村市老保障害者福祉医療費の助成制度(原則 75 歳以上)** 問合せ先：障がい福祉課・福祉総務課

制度の概要については、前頁をご確認ください。

◇ 対象者

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの人のうち、65 歳以上で後期高齢者医療に加入の方及び75歳以上の人。

なお、この制度には所得制限があり、世帯の所得状況を新規申請及び更新時(年1回)に審査します。

◇ 助成対象

| 手帳の種類       | 等級      | 助成対象 |       |
|-------------|---------|------|-------|
|             |         | 入院   | 外来・薬剤 |
| 身体障害者手帳     | 1 級～6 級 | ○    | ○     |
| 療育手帳        | A1～B2   | ○    | ○     |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 1 級～3 級 | ×    | ○     |

◇ 対象となる医療費

医療機関の窓口で支払う金額のうち、健康保険適用の医療費。

◇ 助成を受ける方法

オレンジの受給資格者証を市内医療機関の会計窓口で提示してください。ただし、市外の医療機関を受診された時は、別途領収書と申請書の提出が必要です。(市内医療機関でも、過去の診療分を遡及して申請する場合、ご自身で申請書の提出が必要な場合があります。)

◇ 助成の内容

窓口で負担した額に、1か月ごと・医療機関ごとに自己負担額(診療日数×800 円※上限 1,600 円)を差し引いた後(助成対象額)、助成割合を乗じた額を支給します。(支払月の 4 か月後の末日に振り込まれます。)

※ 調剤薬局については、自己負担額はありません。

※ 医療費が高額になった場合は、保険者から支給される高額療養費の対象となる金額を、窓口での負担金額から差し引いたものが助成対象額になります。

◇ 助成割合

| 等級                                  | 住民税課税区分        | 助成割合          |
|-------------------------------------|----------------|---------------|
| 身体(1, 2 級)<br>療育(A1, A2)<br>精神(1 級) | 全て             | 助成対象額全額を支給    |
| 身体(3 級)<br>療育(B1)                   | 全て             | 助成対象額の2分の1    |
| 身体(4～6 級)<br>療育(B2)<br>精神(2, 3 級)   | 非課税世帯          | 助成対象額の 2 分の 1 |
|                                     | 均等割のみ課税されている世帯 | 助成対象額の 4 分の 1 |
|                                     | 上記以外世帯         | 助成対象額の 8 分の 1 |

◇ 申請に必要なもの ※ご不明な点はお問い合わせ下さい。

- 健康保険証
- 印鑑(シャチハタ不可)
- 所得証明書、住民税課税証明書【1月1日現在の住所地が市外の場合に必要な(世帯員(本人含む)に転入者がいる場合または扶養義務者が市外の場合など)。必要な年度分についてはお問合せください。】
- 障害者手帳
- 普通預金通帳

◇ 問合せ・申請先

大村市福祉総務課 電話 53-4111(内線 156) FAX 52-6930  
大村市障がい福祉課 電話 20-7306 FAX 47-5419



## 自立支援医療（更生医療）

問合せ先：障がい福祉課

身体に障がいのある人（18歳以上）が手術によって障害を除去・軽減することで、日常生活を容易にすることが可能な場合に、その医療費を助成します。医療機関窓口での自己負担が原則として医療費の1割となります。所得により1か月当たりの自己負担額に上限が設定されます。

緊急な場合を除いて事前申請です。治療開始日・入院日の前に申請を行ってください。

### ◇ 対象者

身体障害者手帳をお持ちの人（18歳以上）で所得基準額を超えない人

※18歳未満の児童は「育成医療」の対象です。

### ◇ 申請に必要なもの

- 申請書・同意書（指定様式は障がい福祉課にあります）
- 医師の意見書（指定様式は障がい福祉課にあります）※指定医療機関での作成。
- 身体障害者手帳（写し）
- 健康保険証（写し）
  - ・ 社会保険の場合：申請される人の分（被扶養者は、被保険者の分も必要）
  - ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療の場合：加入者全員分
- マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類（同一保険加入者全員分）
- 特定疾病療養受療証（写し）※人工透析療法を受けている方でお持ちの人のみ
- 住民税非課税世帯の場合は、年金証書、年金振込通知など所得がわかるもの
- 印鑑（シャチハタ不可）

## 自立支援医療（育成医療）

問合せ先：障がい福祉課



身体に障害があるか、将来に障害を残すおそれのある病気の18歳未満の児童に対し、医療費の負担を軽減します。医療機関窓口での自己負担が原則として医療費の1割となります。所得により1か月当たりの自己負担額に上限が設定されます。この給付の対象となるのは指定医療機関における治療です。緊急な場合を除いて事前申請です。治療開始日・入院日の前に申請を行ってください。

### ◇ 対象者

身体に障害があるか、現存する病気を放置すると将来に障害が残ると認められ、手術などにより確実な治療効果が期待できると認められた18歳未満の児童

### ◇ 申請に必要なもの

- 申請書（指定様式は障がい福祉課にあります）
- 保護者の同意書（指定様式は障がい福祉課にあります）
- 医師の意見書
- 健康保険証（写し）
  - ・ 社会保険の場合：申請する児童及び被保険者（本人）の分
  - ・ 国民健康保険の場合：加入者全員分
- マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類（同一保険加入者全員分）
- 住民税非課税世帯の場合は、年金証書、年金振込通知など所得がわかるもの
- 印鑑（シャチハタ不可）



## 自立支援医療（精神通院）

問合せ先：障がい福祉課

精神疾患により、精神科などで通院治療を受ける場合に医療費の助成があります。承認されると医療機関窓口での自己負担が原則として医療費の1割となり、所得により1か月当たりの自己負担額に上限が設定されます。この給付は「指定自立支援医療機関」での通院治療が対象です。入院医療の費用、公的医療保険の対象とならない治療や投薬の費用（病院や診療所以外でのカウンセリングなど）、精神疾患と関係のない医療費は助成の対象外です。

### ◇ 対象者

精神疾患により、精神科などで通院治療を受けている人

### ◇ 申請に必要なもの

- 申請書・同意書（指定様式は障がい福祉課にあります）
- 精神通院用診断書（指定様式は障がい福祉課にあります）
- 健康保険証（写し）
  - ・ 社会保険の場合：申請される人の分（被扶養者は、被保険者の分も必要）
  - ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療の場合：加入者全員分
- マイナンバーが確認できる書類及び本人確認書類（同一保険加入者全員分）
- 住民税非課税世帯の場合は、年金振込通知など年金受給額がわかるもの
- 印鑑（シャチハタ不可）