

5 医療

医療費は、医療保険制度（国民健康保険や社会保険）により、通常3割が自己負担となっていますが、一定の要件を満たす方については、この自己負担額を軽減する次のような助成制度があります。

1 心身障がい者医療

内 容	医療機関などを受診した際の、医療保険適用後の自己負担額を助成します。	
対象者	小学生以上65歳未満（一部75歳未満）の方で次のいずれかに該当する方 ①身体障がい者手帳1～3級（腎臓機能障がい4級、進行性筋萎縮症4～6級含む。）の方 ②療育手帳A判定又はB判定の方 ③医師により自閉症状群（高機能自閉症、アスペルガー症候群含む。）と診断された方	
用意するもの	①身体障がい者手帳、療育手帳又は診断書のいずれか ②健康保険証	
窓 口	保険医療年金課（市役所1階）	TEL 85-6194 FAX 85-6178

2 精神障がい者医療（精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級所持者）

内 容	医療機関などを受診した際の、医療保険適用後の自己負担額を助成します。	
対象者	精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級の方で、次のいずれかに該当し、他の福祉医療を受給していない65歳未満の方 ア. 自立支援医療（精神通院）を受けている方 イ. 精神病床に入院中の方 ウ. 精神に係る通院医療を受診しない方	
用意するもの	◆ア・イ・ウ共通 ①精神障がい者保健福祉手帳 ②健康保険証 ◆アに該当する方 ①～②に加えて、③自立支援医療受給者証（精神通院） ◆イ・ウに該当する方 ①～②に加えて、③該当することを証明するもの （イ・ウの方の③については保険医療年金課までお問い合わせください）	
窓 口	保険医療年金課（市役所1階）	TEL 85-6194 FAX 85-6178

3

後期高齢者福祉医療

内 容	医療機関などを受診した際の、医療保険適用後の自己負担額を助成します。	
対象者	<p>後期高齢者医療制度加入者で次のいずれかに該当する方</p> <p>ア. 心身障がい者医療受給資格のある方</p> <p>イ. 精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級の方</p> <p>※ア及びイは全疾病について助成します。</p> <p>ウ. 自立支援医療(精神通院)を受給している方</p> <p>※ウは自立支援医療受給者証(精神通院)に記載のある指定医療機関のみ助成します。他に障がい又は自立支援医療を要件としない助成資格もあります。</p> <p>※身体障がい者手帳4級(音声・言語、下肢1・3・4号)をお持ちの方は、後期高齢者福祉医療の対象とはなりません。後期高齢者医療制度(医療保険)への加入は可能です。前年中の所得の状況などによっては医療費の負担が1割となる場合があります。</p>	
用意するもの	<p>◆ア、イに該当する方</p> <p>①身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は診断書のいずれか</p> <p>②後期高齢者医療被保険者証</p> <p>◆ウに該当する方</p> <p>①自立支援医療受給者証(精神通院) ②後期高齢者医療被保険者証</p>	
窓 口	保険医療年金課(市役所1階)	TEL 85-6194 FAX 85-6178

4

自立支援医療(更生医療)

内 容	指定医療機関で受ける、障がいを軽くしたり機能を回復させたりするための医療(人工透析、心臓手術、人工関節置換術、抗HIV療法、免疫抑制療法など)にかかる医療費を助成します(所得制限があります。)。原則1割が自己負担となりますが、同じ医療保険に加入する世帯の所得や、疾病の種類に応じて月額負担上限額が設定されています。なお、心身障がい者医療費助成制度や後期高齢者福祉医療費助成制度と併用できます。	
対象者	身体障がい者手帳をお持ちの18歳以上の方のうち、上記の医療を要する方	
用意するもの	<p>①自立支援医療(更生医療)要否判定意見書</p> <p>②受診者と同一保険に加入しているすべての方が確認できる健康保険証の写し</p> <p>③年金額が分かるもの(障がい・遺族・労災年金等の非課税年金を受給している方のみ)</p> <p>④特定疾病療養受療証の写し(人工透析等の方のみ)</p> <p>⑤マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード)</p> <p>⑥顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、障がい者手帳など)</p>	
窓 口	障がい福祉課(市役所1階)	TEL 85-6186 FAX 84-5764

5 自立支援医療(育成医療)

内容	指定医療機関で受ける、障がいを軽くしたり機能を回復させたりするための医療(口唇口蓋裂による歯科矯正など)にかかる医療費を助成します(所得制限があります。)。原則1割が自己負担となりますが、同じ医療保険に加入する世帯の所得や、疾病の種類に応じて月額負担上限額が設定されています。なお、心身障がい者医療費助成制度や子ども医療費助成制度と併用できます。	
対象者	18歳未満で、身体に障がいのある又は治療しない場合は将来一定の障がいを残すと認められる疾患のある児童のうち、上記の医療を要する方	
用意するもの	<ul style="list-style-type: none"> ①自立支援医療(育成医療)要否判定意見書 ②受診者と同一保険に加入しているすべての方が確認できる健康保険証の写し ③受診者と同一保険に加入しているすべての方の所得が確認できる書類 ④特定疾病療養受療証の写し(人工透析等の方のみ) ⑤マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード) ⑥顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など) 	
窓口	障がい福祉課(市役所1階)	TEL 85-6186 FAX 84-5764

6 自立支援医療(精神通院)

内容	認定された疾病について各種医療保険などを先に適用したうえで、医療及びデイケアなどにかかる医療費を助成します。原則1割が自己負担となりますが、同じ医療保険に加入する世帯の所得や疾病の種類に応じて月額自己負担限度額が設定されています。なお、他の福祉医療制度を受給していない75歳未満の方は、 7 精神障がい者医療を受給できます。 *申請後、県で承認された場合、市役所での受付日が有効期間の開始日となります。	
対象者	通院による治療が継続的に必要な精神疾患を有する方	
用意するもの	<ul style="list-style-type: none"> ①自立支援医療費(精神通院)用診断書(精神障がい者保健福祉手帳と同時申請の場合は手帳用診断書) *更新の場合、前年に診断書を提出した方は、治療方針に変更がなければ診断書の提出を省略することができます。 ②受診者と同一保険に加入しているすべての方が確認できる健康保険証の写し ③年金額が分かるもの(障がい・遺族・労災年金等の非課税年金を受給している方のみ) ④自立支援医療受給者証(精神通院)(更新の場合のみ) ⑤マイナンバーが分かるもの(マイナンバーカード、通知カード) ⑥顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など) 	
窓口	障がい福祉課(市役所1階)	TEL 85-6186 FAX 84-5764

7

精神障がい者医療(自立支援医療〔精神通院〕受給者)

内 容	自立支援医療受給者証(精神通院)に記載されている指定医療機関で精神疾患による受診をした際の、医療保険及び自立支援医療適用後の自己負担額を助成します。	
対象者	自立支援医療(精神通院)を受給中の方で、他の福祉医療を受給していない75歳未満の方	
用意するもの	①自立支援医療受給者証(精神通院) ②健康保険証	
窓 口	保険医療年金課(市役所1階)	TEL 85-6194 FAX 85-6178