

自立支援医療（育成医療）のご案内

「現在身体に障害があるか、現にある疾患に対する治療を行わないと将来一定の障害を残す」と認められる18歳未満の児童で、指定された医療機関で行う手術等の外科的な治療等によりその症状が軽くなると認められる場合に、その治療に要する医療費の一部を給付する制度です。

医療機関が指定を受けているかどうかは、障害福祉課までお問い合わせください。

1 自己負担の月額上限額

(市民税非課税)		(市民税所得割額)			
		3万3千円未満	3万3千円以上 23万5千円未満	23万5千円以上	
一定所得以下		中間的な所得		一定所得以上	
←「生保」→	←「低1」→	←「低2」→	←「中1」→	←「中2」→	←「一定以上」→
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 (育成医療の経過措置) 5,000円 負担上限額 10,000円		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			重 度 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

※市町村民税所得割額は、住宅借入金等特別税額控除の控除前の金額となります。

※一定所得（市民税所得割額23万5千円）以上の「世帯」の方は、「重度かつ継続」に該当する場合を除き、公費負担の対象外となります。（医療保険による対応となります。）

※「重度かつ継続」とは次の①、②のいずれかの場合をいいます。

①腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、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。）の方

②申請前の12か月間で3回以上健康保険の高額療養費の支給を受けている場合

※「低1」とは、「世帯」が住民税非課税であるほか、育成医療の対象となる児童の保護者全員がそれぞれ、公的年金・特別児童扶養手当等を含めた収入が年80万円以下である場合となります。



必ずご確認ください。

- (1) 申請する前に必ず、指定医療機関であるかご確認ください。
- (2) 申請書類は医療開始前に提出してください。
- (3) 「世帯」の市民税所得割額が23万5千円以上で、「重度かつ継続」に該当しない場合は対象となりません。

2 育成医療の給付

申請が承認された場合には「自立支援医療受給者証（育成医療）」を交付します。承認されなかった場合は、その旨を通知します。受給者証は指定医療機関の窓口へ提出してください。医療機関等でかかった医療費等の1割が一部自己負担額（お支払いいただく医療費）となります。ただし、所得に応じて1の表のとおり自己負担の月額上限額が設定されます。※光熱費・おむつ代等保険適用外のものや入院中の食事療養費は対象外となります。

3 申請方法

次の書類をそろえ、医療開始前に提出してください。

※すでに治療開始（入院中）している場合は、原則として申請日が給付開始日となります。
※補装具治療される方で、育成医療の申請日前に装着した補装具の費用は対象になりません。

- ① 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
 - ② 自立支援医療（育成医療）意見書
 - ③ 「世帯」全員の健康保険証（児童と同じ健康保険に加入されている方）
 - ④ 「世帯」の所得状況を確認できるもの
 - 市民税課税（非課税）証明書（朝霞市で課税状況を確認できる方は「同意書」でも可能ですが、他市からの転入の方は必ず提出してください。）
 - ・児童が社会保険、共済組合等の保険に加入の場合 ⇒被保険者の方の所得
 - ・児童が国民健康保険に加入の場合 ⇒児童と同じ健康保険加入者全員の所得
 - ※1～6月に転入の方…申請前年の1月1日現在の居住地発行の申請前年度の証明書
 - 7～12月に転入の方…本年の1月1日現在の居住地発行の申請年度の証明書
 - ※住宅借入金等特別税額控除の申請をされた方は、控除額がわかる書類を提出してください。
 - 年収がわかるもの（市民税非課税世帯の場合に必要）
 - ・障害年金、特別児童扶養手当等の振込通知など、収入金額が分かる書類
 - ⇒加入する保険の種類にかかわらず、保護者全員の収入金額が分かる書類が必要です。
- ⑤ 特定疾病療養受療証（腎臓機能障害で人工透析療法を行う場合）
 - ⑥ 個人番号のわかるもの

《お問い合わせ》
朝霞市 障害福祉課 障害福祉係
TEL 048-463-1598（直通）