

## 自立支援医療費（育成医療）支給申請のご案内

身体に障がいのある児童で、その障がいを除去又は軽減し生活能力を得るための治療を指定医療機関で受ける場合、その治療に要する医療費の支給を行います。

この医療を受ける場合の自己負担額は、原則、医療費の1割負担になります。

ただし、世帯の市町村民税額によって自己負担の上限額があります。（3 ページ参照）

**【対象者】** 次の条件をすべて満たしている方が対象となります。

- ①保護者が熊本市に住所を有する **18 歳未満**の児童
- ②身体障害者福祉法第 4 条の規定による別表（2 ページ参照）と同じ程度の**身体上の障がいがある方**、または現在の障がいまたは疾患にかかる医療を行わない時は将来別表と同じ程度の**障がいを残す恐れがある方**で、かつ、確実な治療の効果が期待できる方（医師の判断になります）
- ③指定自立支援医療機関において治療を受ける方

**【申請の時期】**

育成医療の給付を受けるには、**事前の申請**（医師が判断した診療開始日より前）が必要です。

**【申請に必要なもの】** （④～⑦は該当する方のみ提出してください。）

- ① **自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書**・・・保護者が記入（マイナンバーの記入が必要）
- ② **自立支援医療（育成医療）意見書**・・・・・・・医師が記入
- ③ **請求者及びお子さまの健康保険情報がわかるもの（マイナ保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等）**

※マイナ保険証で確認する場合は、マイナンバーカードとスマートフォンが必要となります。

※国民健康保険（熊本市国保を除く）の場合は、同一保険加入者全員の保険情報確認書類が必要です。

- ④ **申請者本人の顔写真付きの本人が確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）**
- ⑤ **身体障がい者手帳**（持っている方のみ）
- ⑥ **特定疾病療養受療症**（腎臓機能障害で人工透析療法の方のみ）
- ⑦ **所得を判定すべき課税年度の 1 月 2 日以降に、「世帯」に転入された方がいる場合、前住所地の市県民税(所得・課税)証明書等（自治体で確認できる場合は不要。）**

【所得を判定すべき課税年度】

・診療開始予定月が4月～6月：前年度の課税証明書 7月～3月：当年度の課税証明書

- ⑧ 「世帯」が市町村民税非課税の場合は、保護者の前年分（診療開始予定月が1月～6月の方は前々年分）の**収入がわかる書類**。（収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等を含む金額です。）

## 【障がいの種類と程度】

○身体障害者福祉法第4条 別表	
一	次に掲げる視覚障害で、永続するもの 1. 両眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの 2. 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの 3. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの 4. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの
二	次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの 1. 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの 2. 一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの 3. 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの 4. 平衡機能の著しい障害
三	次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害 1. 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失 2. 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの
四	次に掲げる肢体不自由 1. 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの 2. 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの 3. 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 4. 両下肢のすべての指を欠くもの 5. 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの 6. 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害
五	心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの
○身体障害者福祉法施行令 第36条	
法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。	
一	ぼうこう又は直腸の機能
二	小腸の機能
三	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能
四	肝臓の機能

## 【自己負担上限額（所得の区分）】

自立支援医療（育成医療）の月額自己負担上限額は、受診者の「世帯」に属する方の市町村民税額や保護者の収入によって区分されます。質問に沿ってどの区分になるかチェックしてください。

※質問の中で「世帯」とは、受診者が加入している医療保険の種類が

- ・健康保険や共済組合の場合には被保険者の方、
- ・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。

(1) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。

- ・受けている：「生保」
- ・受けていない：(2) の質問へ

(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) の質問へ
- ・課税されている：(4) の質問へ

(3) 自立支援医療を受診する方の保護者の前年分（診療開始予定月が1月～6月は前々年分）の収入※が保護者全員それぞれ80万9千円以下ですか。

（※収入とは障害年金、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）

- ・80万9千円以下：「低1」
- ・80万9千円を超える：「低2」

(4) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、被保険者が納めている今年度（診療開始予定月が4月～6月は前年度）の市町村民税は、以下のどの金額に該当しますか。

- ・市町村民税額（所得割）3万3千円未満：「中間1」
- ・市町村民税額（所得割）3万3千円以上2万3千5千円未満：「中間2」
- ・市町村民税額（所得割）2万3千5千円以上：「一定以上」

(5) 「重度かつ継続」※に該当しますか。

- ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」
- ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」

※「重度かつ継続」の対象者

- 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）
- ②医療保険の高額療養費で多数該当の方（過去12か月以内に高額療養費の該当が3回以上あった方）

「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	負担上限額 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 負担上限額 5,000円	度 か つ 継 続 負担上限額 10,000円	続 負担上限額 20,000円

## 【申請の窓口】

育成医療の申請窓口は、お住まいの区に関わらず全ての窓口で受付可能です。

	住 所	電話番号
中央区役所保健こども課 健康増進班	中央区手取本町 1-1	096-328-2419
東区役所保健こども課 健康増進班	東区東本町 16-30	096-367-9134
西区役所保健こども課 健康増進班	西区小島 2 丁目 7-1	096-329-1147
南区役所保健こども課 健康増進班	南区富合町清藤 405-3	096-357-4135
北区役所保健こども課 健康増進班	北区植木町岩野 238-1	096-272-1128

## 【その他】

○申請から決定までの期間はおおよそ 30 日前後ですが、状況により延長する場合があります。

○認定の場合は、「自立支援医療費受給者証（育成医療）」を郵送いたします。また、不承認の場合は「却下通知書」を郵送いたします。

○「自立支援医療費受給者証（育成医療）」は医療機関に提示し、清算の際に自己負担額（医療費の一割、月額自己負担上限額まで）をお支払いください。

### 《お問い合わせ先》

上記の各区役所保健こども課  
または熊本市こども支援課（096-328-2158）