

自立支援医療（育成医療）の申請について

【対象者】

次の①、②いずれにも当てはまる方

- ① 18 歳未満
- ② 身体に次のような障害を有するか、現存する疾患をそのまま放置すると将来障害を残すと認められ、確実な治療効果が期待できる方
 - ・ 視覚障害
 - ・ 聴覚・平衡機能の障害
 - ・ 音声・言語・そしゃく機能の障害
 - ・ 肢体不自由
 - ・ 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、もしくは直腸、小腸機能又は肝臓の機能の障害によるもの
 - ・ 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、もしくは直腸、小腸機能又は肝臓の機能の障害を除く先天性の内臓機能の障害
 - ・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
 - ・ 人工透析療法、抗免疫療法（腎移植後、心移植後、肝臓移植後）、中心静脈栄養法（小腸機能障害）

【申請に必要なもの】

- ☐ 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
- ☐ 世帯調書
- ☐ 自立支援医療費（育成医療）意見書（指定医療機関作成のもの、3 か月以上前の日付は無効）
- ☐ 健康保険証（受診者、受診者と同一保険加入者の名前が記載されているもの、保護者のもの）
- ☐ 印鑑
- ☐ 個人番号の記載に必要なもの（「個人番号カード」等）

（以降は必要に応じて）

- ☐ 課税証明書（市で課税額が確認できない方）
- ☐ 年金、特別児童扶養手当等収入のわかるもの（証書・通知書等）
（市町村民税非課税世帯の方のみ必要）
- ☐ 生活保護受給世帯の証明書（該当の方のみ必要）
- ☐ 身体障害者手帳（所持者のみ）
- ☐ 市町村民税住宅借入金等特別税額控除申告書の控え等の写し（該当の方のみ必要）

【申請期限】

原則、治療開始前に申請してください。

【変更等】

申請後に、住所、氏名、健康保険証などの変更があった場合には届出が必要です。

申請・お問い合わせ

東広島市こども家庭課

〒739-8601

東広島市西条栄町 8 番 29 号

電話 082-420-0407

Fax 082-424-1678

【自己負担額】

医療機関に支払う患者さんの自己負担額は原則として医療費の1割ですが、所得の状況等に応じて、月額
の負担限度額が定められています。なお、入院時の食事療養費は助成の対象になりません。

	所得状況	自己負担上限額(月額)		
生 保 等	生活保護世帯または、 支援給付世帯	0 円		
低 1	市町村民税非課税世帯で 年間の世帯収入が80万円以下	2, 500円		
低 2	市町村民税非課税世帯で 年間の世帯収入が80万円を超える	5, 000円		
中間1	市町村民税(所得割額) 33,000 円未満	5, 000円(※)	* 重 度 か つ 継 続	5, 000円
中間2	市町村民税(所得割額) 33,000 円以上 235,000 円未満	10, 000円(※)		10, 000円
一定以上	市町村民税(所得割額) 235,000 円以上	公費負担の 対象外		20, 000円(※)

* 『重度かつ継続』とは、次の①、②いずれかに該当する場合に適応となります。

- ① 障害の種類が、心臓機能障害（心移植後の抗免疫療法に限る）、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害を有する場合
- ② 医療保険の多数該当に該当する場合（申請前12か月間に申請者の属する医療保険の世帯が3回以上、高額療養費の支給を受けた月がある場合）

(※) 負担上限にかかる経過的特例延長措置は平成30年3月31日までの期間となっています。