

6 いりょうひ じよせい 医療費の助成

じりつしえんいりょう こうせいりりょう

自立支援医療(更生医療) (身)

18歳以上の身体障害者手帳をお持ちの方に対し、更生のために必要な自立支援医療費の支給を行うものです。原則医療保険費の1割負担。なお、市民税所得割額や本人収入により1か月あたりの負担上限額を設定します。

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 身体障害者手帳
- ② 健康保険情報の分かるもの
- ③ 印鑑
- ④ 更生医療概略書等(障害福祉課でお渡ししています。疾病によって必要な書類が異なります)
- ⑤ マイナンバーのわかるもの
- ⑥ 本人確認書類(免許証等)

【制限など】

- ① 市民税所得割額一定以上の世帯の方は給付の対象外(「重度かつ継続」対象者を除く)。
- ② 自立支援医療(更生医療)は、指定された病院、薬局等でなければ取り扱うことができません。
- ③ 世帯員の市民税額・医療の内容によって対象とならない場合もあります。

<次のような場合は、手続きが必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険・指定した病院薬局等の変更
- ② 治療内容の変更
- ③ 受給者証の紛失破損等による再交付
- ④ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

じりつしえんいりょう いくせいりりょう

自立支援医療(育成医療) (身)

身体に障害のある18歳未満の児童で、手術などにより障害の除去や、程度の軽減が確実に期待できる方に、指定自立支援医療機関において必要な治療を行います。原則医療保険費の原則1割負担です。世帯所得に応じ1か月あたりの負担上限額を設定します。

【対 象 者】 以下の疾病が手術等によって、確実な治療の効果が期待される18歳未満の児童(ただし、所得制限があります)。

- ① 肢体不自由 ② 視覚障害 ③ 聴覚・平衡機能障害 ④ 音声・言語・そしゃく機能障害 ⑤ 心臓機能障害
⑥ 腎臓機能障害 ⑦ 小腸機能障害 ⑧ 肝臓機能障害 ⑨ その他の内臓障害 ⑩ 免疫機能障害

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 健康保険情報のわかるもの
- ② 指定自立支援医療機関の担当医師が作成した自立支援医療(育成医療)意見書
- ③ マイナンバーのわかるもの
- ④ 腎臓機能障害に対する人工透析療法の受診者については、特定疾病療養受療証の写し
- ⑤ 免疫機能障害の受診者については、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害意見書

【制限など】

- ① 市民税所得割額一定以上の世帯の方は給付の対象外(「重度かつ継続」対象者を除く)。

- ② 入院時の食事代は助成対象外です。
- ③ 治療費の支払い後の還付請求はできません。

<次のような場合は、手続きが必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険・指定した病院薬局等の変更
- ② 治療内容の変更
- ③ 受給者証の紛失破損等による再交付
- ④ 対象児童の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

じりつしえんいりょう せいしんつういんいりょう **自立支援医療(精神通院医療)** (精)

精神疾患の通院による治療を継続的に受ける必要がある方に対し、医療保険適用を受けた通院医療費を助成しています。医療費は原則1割負担になります。ただし、利用者本人の収入や世帯の所得・疾患等に応じて、1か月あたりの負担上限額が設定されています。非課税世帯の場合、自己負担分の助成もあります。

【対 象 者】 精神疾患のため、継続的な通院を必要とする方。(てんかん含む)

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 健康保険情報のわかるもの
- ② 指定自立支援医療機関の医師が作成した自立支援医療診断書(精神通院)
※精神障害者保健福祉手帳を診断書により同時に申請する場合は、省略可能。
※更新の際は不要の場合があります。
- ③ マイナンバーのわかるもの
- ④ 本人確認書類(免許証等)
- ⑤ 既に所持している場合は、自立支援医療(精神通院)受給者証、精神障害者保健福祉手帳、国保受給者証

<次のような場合は、手続きが必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険・指定した病院薬局等の変更
- ② 受給者証の紛失破損等による再交付
- ③ 対象者の死亡
- ④ 有効期間満了後も継続利用する場合(有効期間満了の3ヶ月前から手続可能です)
- ⑤ 負担上限額の変更

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

しょうにせいしんしょうがいしゃにゆういんいりょうひじよせい **小児精神障害者入院医療費助成** (精)

各種医療保険適用後の自己負担分を助成しています。ただし、食事療養費は患者負担になります。

【対 象 者】 都内に住民登録があり、精神疾患のため精神科病床で入院治療を必要とする18歳未満の方(ただし、継続入院の場合は、20歳の誕生月の末日まで延長が可能です)。

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 小児精神障害者入院医療費助成診断書
- ② 健康保険情報のわかるもの
- ③ 住民票(患者本人と申請者の続柄が分かるもの・マイナンバー記載不要・3ヶ月以内に発行されたもの)

<次のような場合は、手続きが必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険・指定した病院の変更

- ② 受給者証の紛失・破損等による再交付
- ③ 対象児童の死亡
- ④ 継続して入院治療を行う場合

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

心身障害者医療費助成(マル障) (身) (知) (精)

交付される受給者証を医療機関に提示することで、医療保険対象医療費の自己負担金の全部又は一部を助成しています。

【対 象 者】 次の①②に該当する場合に申請を行うことができます。

① 以下の手帳のうち、いずれかを所持している方(いずれも65歳未満で交付を受けていること)

- 身体障害者手帳1、2級(内部障害は3級まで)
- 愛の手帳1、2度
- 精神障害者保健福祉手帳1級

② 国民健康保険の世帯主等及び健康保険等各種医療保険の被保険者又は被扶養者

※次の場合は対象となりません。

- 前年度の障害者本人の所得(20歳未満の場合は、その方が加入している国民健康保険の世帯主又は社会保険の被保険者及び組合員等)が一定の限度額を超えている方。
- 生活保護を受給されている方
- 後期高齢者医療制度の加入者で住民税が課税されている方

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください

- ① 身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳
- ② 健康保険情報のわかる書類(マイナポータル画面の提示も可)
- ③ 転入の方は、課税(非課税)証明書

※マイナンバーをご提供いただいた場合、③課税(非課税)証明書の添付を省略できます。(申請者が20歳未満の場合は、加入している国民健康保険の世帯主又は社会保険の被保険者及び組合員等のマイナンバーもご提供いただく必要があります。)

※都内からの転入の方は交付状況連絡票があれば課税(非課税)証明書は不要です。

<次のような場合は、手続が必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 受給者証の紛失破損等による再交付
- ③ 医療費の償還払い(都外の医療機関を受診したときや、受給者証を提示しなかったこと等により医療費の助成を受けられなかった場合)

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

後期高齢者医療制度 (身) (知) (精)

65歳以上75歳未満で身体障害者手帳1～3級及び4級の一部(音声、言語、そしゃく、下肢機能障害の一部)を所持する方、愛の手帳1～2度を所持する方、精神障害者保健福祉手帳1級、2級を所持する方は、申請により後期高齢者医療制度に加入することができます。なお、後期高齢者医療制度に加入されることにより、医療費の自己負担割合、保険料等が変更となる場合がありますので、申請前に保険年金課にお問い合わせください。

【申請方法】 以下を保険年金課に持参してください

- ① 身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳
- ② (現在加入している)健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ
- ③ マイナンバーのわかるもの

【手 続 先】 日野市保険年金課

〔電 話〕 042-514-8293

なんびょういりようひじょせい

難病医療費助成 (難)

対象疾病を治療するための保険適用診療、調剤、訪問看護の自己負担の一部を助成します。利用者本人や世帯の所得等に応じて月額自己負担上限額が設定されます。

※入院時の食事療養・生活療養標準負担額は自己負担になります。なお東京都の審査の結果、助成対象とならない場合があります。

【対 象 者】 国または都の指定する難病に罹患しており、次の(1)又は(2)のいずれかに該当する方

- (1) その症状が厚生労働大臣または知事が定める程度の方
- (2) (1)に該当しないが、当該疾病の治療に要した医療費総額について、33,330円を超えた月数が、申請を行った日の属する月以前の12か月以内にすでに3か月以上ある方

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください

- ① 医師が記入した疾病毎の臨床調査個人票
- ② 健康保険情報のわかるもの(種類により必要範囲が異なります。)
- ③ マイナンバーのわかるもの
- ④ 本人確認書類 免許証等

<次のような場合は、手続が必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 人工呼吸器を装着
- ③ 対象疾病の変更・追加
- ④ 受給者証の紛失破損等による再交付
- ⑤ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

とくしゅいりようひじょせい

特殊医療費助成

人工透析を必要とする慢性腎不全の方は、医療保険による特定疾病療養受療証が適用された後の患者自己負担額のうち、1医療機関等につき、人工透析に係る診療(入院・外来ごと)・調剤費ごとに月額1万円を限度に助成します。先天性血液凝固因子欠乏症等の方は、医療保険等を適用された後の患者自己負担のうち、対象疾病に係る診療・調剤費を全額助成します。

【対 象 者】 都内に住所を有し、人工透析を必要とする慢性腎不全の方または先天性血液凝固因子欠乏症等の方。生活保護を受けている方は対象外です。

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 健康保険情報のわかるもの
- ② 特定疾病療養受療証
- ③ 住民票(後期高齢者医療被保険者証でも代用可)
- ④ 診断書(先天性血液凝固因子欠乏症等の方)

※マイナンバーをご提供いただいた場合、④の住民票の添付を省略できます。

＜次のような場合は、手続きが必要です＞

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 受給者証の紛失破損等による再交付
- ③ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

しょうにまんせいとくていしっぺいいりょうひじょせい **小児慢性特定疾病医療費助成** (難)

指定された病気にかかりその病状が認定基準に該当する場合に、指定医療機関(病院・診療所・薬局および訪問看護ステーション)で保険適用された診療等を受けた際の自己負担の一部を助成します。所得に応じて月額自己負担上限額が設定されます。

【対 象 者】 18歳未満の児童で、指定された病気にかかりその病状が認定基準に該当する方(ただし、18歳未満で認定を受け、引き続き有効な医療券を交付されている方に限り満20歳未満まで延長可能です)。

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 小児慢性特定疾病医療意見書
- ② 健康保険情報のわかるもの(種類により必要範囲が異なります)
- ③ マイナンバーのわかるもの
- ④ 申請者確認書類(免許証等)

＜次のような場合は、手続きが必要です＞

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 対象疾病の変更・追加
- ③ 受給者証の紛失破損等による再交付
- ④ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

がた がた かんえんちりょういりょうひじょせい **B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成**

B型・C型ウイルス肝炎のインターフェロン治療、B型ウイルス肝炎の核酸アナログ製剤治療、C型ウイルス肝炎のインターフェロンフリー治療にかかる保険診療の患者負担額の合計額から患者一部負担(なし・1万円・2万円)を除いた額を助成します。利用者本人や世帯の所得に応じて月額患者一部負担額が設定されます。

※入院時の食事療養・生活療養標準負担額は自己負担になります。

【対 象 者】 都内に住所を有し、都が指定する肝臓専門医療機関でB型・C型ウイルス肝炎のインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、またはB型ウイルス肝炎核酸アナログ製剤治療が必要と診断された方。生活保護を受けている方は対象外です(ただし、社会保険に加入していて生活保護を受けている方は対象です)。

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 指定診断書
- ② 住民票(世帯全員)
- ③ 健康保険情報のわかるもの
- ④ 高齢受給者証(70～74歳の方)
- ⑤ 世帯全員分の課税状況を証明する書類

<次のような場合は、手続が必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 受給者証の紛失破損等による再交付
- ③ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

かん じゅうどかんこうへんいりょうひじょせい 肝がん・重度肝硬変医療費助成

肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療(「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る)に係る医療費で高額療養費算定基準額を超えた月が助成対象月を含め過去1年間で3月以上ある場合、3月目以降の医療費について保険診療の患者負担額の合計額から患者一部負担を除いた額を助成します。利用者本人や世帯の所得に応じて月額患者一部負担額が設定されます。

【対 象 者】 都内に住所を有し、次の(1)から(4)のすべてに該当する方

- (1) B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断され、入院又は通院治療を受けている方
- (2) 年収が概ね370万円未満の方(ただし、生活保護受給者は対象外です)
- (3) 申請月の前の23か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月数が2か月以上ある方
- (4) 肝がん・重度肝硬変の治療の研究への協力に同意している方

【申請方法】 以下を障害福祉課に持参してください。

- ① 臨床個人調査票及び同意書
- ② 健康保険情報のわかるもの
- ③ 高齢受給者証(70～74歳の方)
- ④ 限度額適用・標準負担額減額認定証
- ⑤ 住民票
- ⑥ 区市町村民税課税(非課税)証明書(必要な場合のみ)
- ⑦ 医療記録票の写し
- ⑧ 核酸アナログ製剤治療に係る医療券の「自己負担額管理票」の写し(必要な場合のみ)

<次のような場合は、手続が必要です>

- ① 住所・氏名・健康保険の変更
- ② 受給者証の紛失破損等による再交付
- ③ 対象者の死亡

【手 続 先】 日野市障害福祉課 P9(1_相談窓口)参照

