

## 自立支援医療（育成医療）の支給を申請される方へ

自立支援医療（育成医療）は**事前申請**が原則です。治療の予定が決まりましたら、できるだけ早く申請してください。なお、一定の基準により審査し認定しますので、必ずしも申請が認められるとは限りません。

### 1. 制度の概要、支給の対象

この制度は、以下の条件をすべて満たした児童の医療費の一部を助成するものです。住民税額により保護者の方に**自己負担**があります。

- ① 保護者が世田谷区に在住し、児童が**満 18 歳未満**であること
- ② 身体に機能障害があること  
（詳しくは、P4 自立支援医療（育成医療）給付対象一覧をご覧ください）
- ③ 手術等により確実な治療効果が期待できること
- ④ **世帯の区民税（所得割）が 23 万 5 千円未満であること**  
※世帯（児童と同じ『医療保険』に加入している家族）の区民税（所得割）が 23 万 5 千円以上の方は、「重度かつ継続」に該当する場合のみ、対象となります。「重度かつ継続」については、P4 をご確認ください。世田谷保健所健康推進課にお問い合わせください。
- ⑤ **指定医療機関・指定医師**のもとで治療をすること  
※入院時の食事代、健康保険が適用にならない治療・投薬、診断書料、差額ベッド代等は助成対象外です。

### 2. 申請

次の書類をそろえて、**お住まいの地域の総合支所保健福祉センター健康づくり課**へ提出してください。

お子さまの個人番号が不明な場合には、空欄でご提出ください。

#### <申請に必要な書類>

窓 口 確 認 書 類	1. <u>申請者の本人確認書類</u>	マイナンバーカード（個人番号カード）、運転免許証、パスポート等
	2. <u>申請者の個人番号確認書類</u>	通知カード、マイナンバーカード（個人番号カード）等
提 出 書 類	1. <u>自立支援医療（育成医療）支給認定申請書</u>	保護者の方がご記入ください。 ※ <b>4. 院外処方</b> についてもご確認ください。
	2. <u>自立支援医療（育成医療）意見書</u>	主治医と病院の会計係に記入・押印してもらってください。作成日から 90 日以内に提出してください。
	3. <u>自立支援医療（育成医療）世帯調書</u>	保護者の方がご記入ください。
	4. <u>住民税課税・非課税証明書</u> ※ 1 ※マイナンバーのご提示および、情報提供ネットワークを通じた住民税確認に同意する場合、提出は不要です。	住民税の決定通知、納税通知書での代用または同意の明示。詳しくは、裏面※ 1 をご確認ください。
	5. <u>医療保険の資格を確認できるものの写し</u> ※ 2	保険種別で提出書類が異なります。 ※医療保険の資格を確認できるものの写しとは、

	<b>※必ず事前に印刷したものをお持ちください。</b>	資格確認書の写し、マイナポータルから保険情報を印刷したもののいずれかを指します。 詳しくは、下記※2をご確認ください。
※その他提出書類は下記＜その他の提出書類（該当者のみ）＞をご覧ください。		

**※1 住民税課・非課税証明書について（住民税の決定通知、納税通知書の代用もしくは同意の明示）**

- （１）住民税額が必要な方のマイナンバーのご提示及び申請書内における同意の明示をしていただくことで、住民税額の確認ができる書類を省略できます。（別途ご提出いただいた世帯調書に記載の住所（課税時住所）で確認します。）
- （２）上記（１）の確認ができない場合には、住民税課税（非課税）証明書または住民税額決定通知書のコピーが必要です。

＊住民税額確認対象者

保険の種類により必要な方が異なります。

保険の種類	必要な方
国民健康保険以外の方	被保険者の方（保険料を支払っている方）の分
国民健康保険の方	世帯の中で収入のある方全員 ※配偶者控除の記載がない場合は、配偶者の分の課税証明書も必要です

＊住民税課税確認年度

４月～６月までに申請する場合…前年度の住民税額

７月～翌年３月までに申請する場合…申請年度の住民税額

**※2 医療保険の資格を確認できるものの写し（生活保護を受けている世帯の方を除く）**

下記の表に該当する方の分をご提出ください

保険の種類	必要な方
国民健康保険以外の方	被保険者と受診者
国民健康保険の方	同一加入関係にある方全員

※医療保険の資格を確認できるものの写しとは、資格確認書の写し、マイナポータルから保険情報を印刷したもののいずれかを指します。

「マイナポータルから保険情報を印刷したもの」を提出する場合は、次のすべての事項が表示されている画面を印刷してください。

【記号・番号・枝番、氏名、生年月日、性別、資格取得月日、被保険者氏名（世帯主氏名）、本人・家族の別、保険者等番号、保険者名】

**＜その他の提出書類（該当者のみ）＞**

以下に該当する場合は書類の提出が必要です

提出 書類	<b>重度かつ継続 医療保険多数該当の方</b> ・高額療養費支給通知書の写し等、申請前 12 か月以内に 3 か月以上高額療養費が支給されたことを証明する書類
	<b>窓口で申請した日が治療開始日から3ヶ月を超えている方（原則、治療終了後の申請は不可。）</b> ・遅延理由書
	<b>住民税非課税世帯の方</b> ・年金（障害・遺族）・手当（特別障害者・障害児福祉・経過的福祉・特別児童扶養）の証書の写し
	<b>人工透析を受けている方</b>

	・ 特定疾病療養受療証の写し
	<b>免疫機能障害の方</b>
	・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害意見書

### 3. 院外処方希望される場合

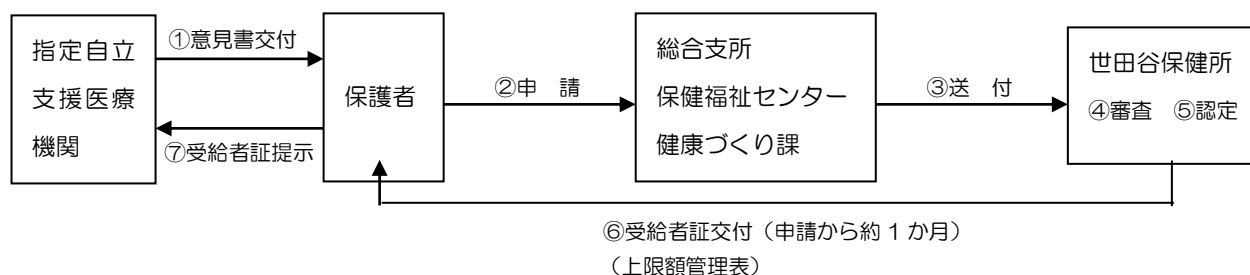
院外処方を希望される場合は、「自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書」に自立支援医療（育成）の指定薬局をご記入ください。指定薬局の該当の有無については、各薬局もしくは、世田谷保健所 健康推進課へご確認ください。

<記入例> 受診を希望する指定自立支援医療機関 ※薬局・訪問看護事業を含む	医療機関名	所在地・電話番号
	〇〇〇〇病院 △△△△薬局	〇区〇〇〇〇 03-1234-2345 △区△△△△ 03-3456-4567

### 4. 費用負担

世帯（医療保険）の所得状況により、月額負担上限額が設定されます（0円～2万円）。ただし、上限額が医療費の1割を超える場合は、1割が負担額となります。（入院時の食事療養費は自己負担になります。）※「乳幼児医療証」「子ども医療証」をお持ちの方は、実質的な負担はありません。

### 5. 手続きの流れ



### 6. 審査結果の通知

申請から約1か月ほどで、世田谷保健所 健康推進課から、「**決定通知書**」を送付します。

承認された方には、自立支援医療（育成医療）受給者証、自己負担上限額管理票も合わせて送付しますので、医療機関の窓口にご提示してください。

また、肢体不自由に係る補装具装着の承認者には、補装具費用の請求関係書類も送付いたします。

### 7. 申請場所・問合せ先

申請場所・問合せ先			電話	FAX
世田谷総合支所	保健福祉センター	健康づくり課	03-5432-2893	03-5432-3074
北沢総合支所	保健福祉センター	健康づくり課	03-6804-9355	03-6804-9044
玉川総合支所	保健福祉センター	健康づくり課	03-3702-1948	03-3702-1520
砧総合支所	保健福祉センター	健康づくり課	03-3483-3161	03-3483-3167
烏山総合支所	保健福祉センター	健康づくり課	03-3308-8228	03-3308-3036

※申請後の問い合わせ先： 世田谷保健所 健康推進課 03-5432-2446

小児慢性特定疾病に該当する場合は、小児慢性特定疾病の医療費助成制度の申請が可能な場合があります。詳細はお住まいの地域の健康づくり課へお問合せください。

## 自立支援医療（育成医療）給付対象一覧

障害区分	支給の範囲				通院日数	重度 かつ 継続
	治療区分	入院	通院			
			術 後	単 独		
肢体不自由	手術	○	○	×	90日まで	※
	理学療法（リハビリテーション、マッサージ）	○	—	○	入院と通算して365日まで	
	補装具療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	
視覚障害	手術	○	○	×	90日まで	※
	未熟児網膜症の光凝固療法	○	○	○	入院と通算して365日まで	
聴覚・平衡機能障害	手術	○	○	×	90日まで	※
音声・言語・そしゃく機能障害	手術	○	○	×	90日まで	※
	歯科矯正（唇顎口蓋裂等に起因するものに限る）、義歯治療、言語療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	
心臓機能障害	手術（心臓移植術を含む）	○	○	×	90日まで	※
	心臓移植後の抗免疫療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	○
腎臓機能障害	透析療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	○
	腎移植術	○	○	×	90日まで	
	腎移植後の抗免疫療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	
小腸機能障害	中心静脈栄養法（IVH） （小腸機能障害に起因するものに限る）	○	—	○	入院と通算して365日まで	○
肝臓機能障害	肝臓移植術	○	○	×	90日まで	※
	肝臓移植後の抗免疫療法	○	—	○	入院と通算して365日まで	○
その他の内臓障害	手術	○	○	×	90日まで	※
	排便訓練、ストマ（人工肛門）ケア（鎖肛、巨大結腸症に起因するものに限る）	○	○	○	入院と通算して365日まで	
免疫機能障害	HIV 感染に対する治療	○	○	○	入院と通算して365日まで	○

[○]：支給対象（手術、治療内容により、支給対象外の場合があります）

[×]：支給対象外、[—]：支給の該当なし

※医療保険多数該当の場合のみ、「重度かつ継続」に該当します。医療保険多数該当とは、申請前の12か月以内に、医療保険において高額療養費の支給されている月数が、医療保険の世帯として3か月以上ある場合です。