

## 4 医療

### 1、心身障害者医療費助成制度（障：マルショウ）

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111（代表）FAX 378-5677

<対象者> 東京都内に住所がある身体障害者手帳1・2級（内部障害は1～3級）、愛の手帳1・2度、精神障害者保健福祉手帳1級の方  
ただし、次のいずれかに該当する方は受けられません。

- ① 所得制限基準額を超える方
- ② 健康保険未加入の方
- ③ 生活保護を受給されている方及び中国残留邦人等支援給付を受けている方
- ④ 公費により医療費が賄われる施設に入所している方
- ⑤ 後期高齢者医療制度に加入しており住民税が課税されている方
- ⑥ 新規65歳以上の方（注釈）

注釈：64歳までに、対象となる等級の障害者手帳を取得した方で、次のいずれかの事由により障の申請をすることができなかった場合は対象となります。

- ① 東京都の区域内に住所を有することがなかった場合
- ② 生活保護や中国残留邦人等支援給付を受けていた場合
- ③ 公費により医療費が賄われる施設に入所していた場合

※ 乳幼児医療費助成（乳）受給者証、義務教育就学児医療費助成（学）受給者証、高校生等医療費助成（青）受給者証、ひとり親家庭等医療費助成（親）受給者証をお持ちの方は、使用する医療証の優先順位がありますのでご相談ください。

<助成内容> 国民健康保険やその他の健康保険を扱う医療機関等で、診療や薬剤を受けたときに支払った保険診療分の自己負担額を一部助成します。

- ・ 住民税課税の方・・・保険診療分の自己負担額から一部負担金等相当額（入院時の食事は対象外）を除いた金額。
- ・ 非課税の方・・・保険診療分の自己負担額。

<助成方法> 「障受給者証」を保険証と一緒に医療機関の窓口で提示してください。ただし都外の医療機関及び「学受給者証」を取り扱っていない医療機関で受診した場合は、一旦保険診療分の自己負担分を支払い、後日領収書を添えて障害福祉課に請求してください。

<手続き> ① 申請・変更

障害者手帳と健康保険証の写しを持参して申請してください。

患者氏名、住所、保険証等の変更があった場合には、変更届の提出が必要です。

② 償還払い（窓口で立て替え払いをした分を払い戻すこと）

医療機関の領収書、障受給者証、健康保険証、本人名義の振込先口座のわかるものを持参して申請してください。

<有効期間> 申請をした月の初日より直近の8月31日まで

（ただし精神手帳による申請で、申請日から直近の8月31日までに手帳の有効期限が到来する場合は、手帳の有効期限の満了日まで）

※ 原則自動更新となりますが、㊦受給者証の有効期限が精神手帳の有効期限までになっている方は、精神手帳の更新申請を行った結果、引き続き精神手帳1級の交付をされた場合、再度㊦申請を行っていただきます。なお、㊦受給者証の有効期限が切れてから6か月以内に㊦申請をした場合、前回の受給者証の有効期限に引き続く期間の受給者証を交付することができます。

## 2、更生医療(自立支援医療)

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

＜対象者＞ 身体障害者手帳を持つ満18歳以上の方

＜助成内容＞ 手帳に記載されている障害について、指定更生医療機関において、その障害を除去・軽減するための手術や治療を行うことで、その効果が確実に期待できる場合、それに係る医療費の一部を助成します。

自己負担は原則1割となります。また、市民税所得割額や本人収入等に応じて月額自己負担上限額が設定される場合があります。なお、保険世帯における所得が一定以上の方は制度の対象外です（「重度かつ継続」に該当する場合は除く）。

＜手続き＞ 身体障害者手帳の写し、申請書、更生医療意見書（指定医が作成したもの）及び見積明細書、健康保険証の写し（該当者のみ）、マイナンバーに関する書類を持って事前に申請してください。

＜有効期間＞ 6月末まで（毎年更新申請が必要です）

＜その他＞ 腎臓・小腸・免疫以外の障害は東京都心身障害者福祉センターの判定が必要です。

## 3、育成医療(自立支援医療)

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

対 象 者	助 成 内 容
<p>18歳未満の児童で、身体障害を有する者又は現存する疾患が、当該障害又は疾患にかかる治療を行わない時は、将来において障害を残すと認められる者で、手術等によって確実な治療効果の期待できる方。</p> <p>※ 障害者手帳を有するか否かは問いません。            ※ 所得制限があります。生活保護世帯も対象です。</p> <p>＜対象障害＞</p> <p>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 心臓障害            ⑥ 腎臓障害（慢性透析療法および腎移植）            ⑦ その他の内臓（呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓等）障害            ⑧ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害</p>	<p>指定育成医療機関において、医療費の自己負担が原則として医療費の1割に軽減されます。</p> <p>※世帯の所得水準により、ひと月あたりの負担上限額があります。入院時の食事代は助成対象外です。</p> <p>＜対象医療＞</p> <p>① 診察            ② 薬剤又は治療材料の支給            ③ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術            ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護            ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護            ⑥ 移送（医療保険による給付を受けることができない者の移送に限る。）</p>

＜手続き＞ 申請書、指定医療機関による育成医療意見書、市民税（非）課税証明書（該当者のみ）、健康保険証の写し、身体障害者手帳の写し（所持者のみ）、マイナンバーに関する書類を持って申請してください。

## 4. 精神通院医療(自立支援医療)

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

精神疾患のため通院による継続的な治療を受ける場合の医療費を助成する制度です。自己負担は原則1割となります。ただし、本人の収入、保険世帯の所得、疾患等に応じて月額自己負担上限額が設定されたり、自己負担額全額が免除になることもあります。

精神通院医療にかかる往診・デイケア・訪問看護・てんかんの診療及び薬代等も対象となります。入院にかかる医療費は対象外です。

<対象者>精神疾患による通院をしている方(年齢の制限はありません)。

<手続き>下記のものを持って申請してください。

- ① 申請書(障害福祉課窓口にあります。)
- ② 診断書(障害福祉課窓口又は東京都立中部総合精神保健福祉センターホームページにあります。)
- ③ 下記いずれかの保険情報確認書類  
(加入する健康保険の種類によって世帯員分も必要な場合があります。)
  - ・健康保険証のコピー
  - ・医療保険者から交付された「資格確認書」のコピー
  - ・マイナポータルから確認できる「資格情報画面」のコピー
- ※生活保護受給者、稲城市国民健康保険、後期高齢者医療助成制度の方は除く。
- ④ 世帯所得調書兼同意書(障害福祉課窓口にあります。)
- ⑤ 自立支援医療(精神通院)受給者証(更新の場合)
- ⑥ 課税(非課税)証明書(転入の方は必要な場合があります。事前にお問い合わせください。)
- ⑦ 医療機関・薬局の名称や所在地が確認できるもの(診察券や薬の袋等)
- ⑧ マイナンバーに関する書類

<その他>

- ・有効期間は、原則として1年です。(有効期間満了の3ヶ月前より更新申請可能です。)
- ・更新時期のお知らせは実施していません。更新に必要な書類の送付を希望する方はご連絡ください。
- ・申請に基づき審査を行い、認定された場合は自立支援医療(精神通院)受給者証が交付されます。
- ・受給者証が交付されるまで3ヶ月程度かかります。
- ・受給者証に記載された指定医療機関のみでご利用可能です。
- ・病状及び治療方針の変更がない場合、自立支援医療診断書の提出は2年に1度となります。ただし、有効期間を過ぎてしまっからの申請は再開申請となり、診断書の提出等が必要となります。
- ・自立支援医療(精神通院医療)と精神障害者保健福祉手帳(P8参照)を同時に申請するときは、手帳用診断書のみで申請が可能な場合があります。
- ・更新、医療機関の変更、健康保険の変更、住所の変更、氏名の変更、紛失や破損による再交付等は手続きが必要です。
- ・手帳用の診断書に基づいて交付された精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、診断書の代わりに手帳の写しを添付して申請できる場合があります。詳しくはお問い合わせください。

## 5. 小児精神障害者入院医療費助成制度

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

18歳未満で精神疾患のために入院治療を必要とされる方に健康保険の自己負担分を助成します。(ただし食事療養費は除きます。)

<対象者>都内に住み、精神障害で入院治療を必要とする、満18歳未満の方（ただし、既認定者で満18歳に達した時点で引き続き入院している場合は、満20歳の誕生日の末日まで延長可能です。）

<手続き>次ページのものを持って申請してください。

- ① 申請書（障害福祉課窓口又は東京都立中部総合精神保健福祉センターホームページにあります。）
- ② 診断書（障害福祉課窓口又は東京都立中部総合精神保健福祉センターホームページにあります。）
- ③ 住民票
- ④ 健康保険証の写し
- ⑤ 遅延理由書（必要な場合のみ。障害福祉課窓口又は東京都立中部総合精神保健福祉センターホームページにあります。）

<その他>

- ・助成期間は診断書に基づき審査会で決定されます。最長で1年間です。1年を超えて継続入院されるときは、継続申請が必要となります。
- ・遅延理由書の提出があり、審査会で認められた場合は、申請書を受理した日から1ヶ月又は2ヶ月前の日の初日まで助成開始日を遡及することができます。
- ・認定された医療券に記載された助成期間内であっても、退院等の事由により入院加療の必要性が無くなった場合は、退院日をもって助成期間は終了となります。再度入院する際は、申請が必要です。

## 6、難病医療費等助成制度（**都** 制度等）

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111（代表） FAX 378-5677

国又は都の指定する難病に罹患して、一定の基準を満たした方にかかる医療費の一部又は全部を助成します。対象となる疾病は300疾病以上あります。詳細はお問合せ下さい。

<手続き> 申請書類及び必要書類を持って申請してください。申請書類は障害福祉課で配布しています。（特定疾病療養受療証については加入の健康保険組合等が発行）

<その他> ①医療費助成の開始日は、申請受理日からとなります。  
②毎年更新の手続きが必要となります。（更新書類は東京都から通知が届きます）  
③世帯の所得水準に応じて、ひと月あたりの負担に上限額が設定されます。  
④患者氏名、住所、保険証等の変更があった場合は変更届の提出が必要です。

※本制度の対象者は特殊疾病患者見舞金が受給できる場合があります。詳細はP13をご参照ください。

## 7、小児慢性特定疾病医療費助成制度

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111（代表） FAX 378-5677

18歳未満の児童で、小児慢性特定疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童の医療費の自己負担分の一部又は全部を助成します。

<対象疾患> 東京都福祉保健局ホームページの「小児慢性特定疾病一覧」をご参照ください。

<手続き> 申請書類及び必要書類を持って申請してください。申請書類は障害福祉課で配布しています。（「医療意見書」は受診している指定医療機関に作成を依頼してください）

- <その他>
- ①医療費助成の開始日は、申請受理日からとなります。
  - ②世帯の所得水準に応じて、ひと月あたりの負担に上限額が設定されます。
  - ③患者氏名、住所、保険証等の変更があった場合は変更届の提出が必要です。
  - ④18歳に達した時点で受給者証を有し、引き続き医療を受ける必要がある場合は、受給者証の有効期間が途切れない限り、20歳の誕生日の前日まで更新できます。
  - ⑤20歳以上になった場合は、難病医療費助成制度に移行できる疾患もあります。
  - ⑥小児慢性特定疾病医療受給者証が交付された方で他の医療証（乳・子・青・障・親の医療証等）もお持ちの方は、必ず同時に医療機関にご提示ください。（乳・子・青・障・親医療証等のみを提示して精算した場合、あとで小児慢性特定疾病医療費助成制度の医療費助成について還付請求を行うことができません。）

## 8、B・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

根治を目的とするB・C型肝炎の医療費助成の対象となっている治療にかかる保険診療の患者負担額から患者一部負担額を除いた額を助成します。

<対象者> 東京都内に住所があり、東京都が指定する肝臓専門医療機関でB・C型肝炎の根治を目的とするインターフェロン治療を要すると診断された方、B型肝炎の核酸アナログ製剤治療を要すると診断された方又はC型肝炎のインターフェロンフリー治療を要すると診断された方

<手続き> 申請書類及び必要書類を持って申請してください。申請書類は障害福祉課で配布しています。

## 9、肝がん・重度肝硬変医療費助成制度

◆問い合わせ 障害福祉課 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の入院治療に係る医療費の一部を助成するとともに、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための制度です。

- <対象者> 都内に住所があり、次の①～④の条件すべてを満たした場合に、対象となります。
- ① B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断され入院治療（※）を受けている方
  - ② 世帯年収が概ね370万円未満の方（ただし、生活保護受給者を除く）
  - ③ 肝がん・重度肝硬変での指定医療機関への入院で申請月の前の11か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が3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

※都道府県が指定する医療機関（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関）に入院している場合が対象です。

<手続き> 申請書類及び必要書類をもって申請してください。申請書類は障害福祉課で配布しています。

## 10. ひとり親家庭等医療費助成制度

◆問い合わせ 子育て支援課手当助成係 TEL 378-2111 (代表) FAX 378-5677

ひとり親家庭等で一定の要件に該当された方に対し医療費の一部を助成する制度です。  
対象となる方には医療証が交付されます。

- <対象者>
- ① 児童を監護しているひとり親家庭の母または父、および児童
  - ② 両親がいない児童などを養育している養育者、および児童（両親のいない児童）

※ 本制度におけるひとり親家庭等には、父母が婚姻を解消した家庭あるいは父又は母が死亡した家庭、未婚の母子家庭である場合の他に、父又は母が重度の障害の状態にある家庭も含まれます。

<支給制限> 次のいずれかに該当する方は受けられません。

- ① 所得制限額を超える方（所得基準は児童扶養手当制度に準拠）
- ② 配偶者や同居している扶養義務者の所得が基準額を超えるとき
- ③ 各種健康保険に加入していない方
- ④ 生活保護を受けている方
- ⑤ 児童福祉施設等（母子生活支援施設は除く）に措置により入所している方

※ 乳幼児医療費助成（乳）受給者証、義務教育就学児医療費助成（学）受給者証、高校生等医療費助成（高）受給者証、心身障害者医療費助成（障）受給者証をお持ちの方は、使用する医療証の優先順位がありますのでご相談ください。

## 11. かかりつけ歯科医の紹介

◆問い合わせ 稲城市保健センター TEL 378-3421 FAX 377-4944

障害のある方や在宅で寝たきりの方などが、身近な地域でかかりつけ歯科医を持てるよう稲城歯科医会の歯科医を紹介します。訪問をして治療を行う歯科医やご自宅から通える歯科医を紹介します。

かかりつけの歯科医をもつと、こんなメリットがあります。

- 継続した診療が受けられる。
- 専門的な治療が受けられる。
- 万が一寝たきりになっても、訪問しての歯科治療が受けられる。
- 定期的な健診や、虫歯、歯周病の予防を受けられる。

## 12. 後期高齢者医療制度

◆問い合わせ 保険年金課後期高齢者医療係 TEL 378-2111 (代表)

<対象者> 75歳以上の方、及び一定の障害がある65歳以上75歳未満の方（要加入申請）

<内容> かかった医療費の1割（一定以上所得のある方は2割、現役並み所得者の方は3割）を窓口で負担していただく制度です。

なお、1ヶ月の医療費が自己負担額を超えた場合は、超えた額を保険者である東京都後期高齢者医療広域連合が負担します（高額療養費）。

<保険料> 対象者すべての方から保険料を徴収します。

<その他> 特定の疾病（人工透析が必要な慢性腎不全など）による高額な治療を長期間継続して受ける必要がある方は、「特定疾病療養受療証」の交付を受けることができます。  
「特定疾病療養受療証」を医療機関の窓口に提示すると、特定疾病の自己負担限度額が1つの医療機関につき、月額1万円となります。

## 13、産科医療補償制度

◆問い合わせ 産科医療補償制度専用コールセンター TEL 0120-330-637

(午前9時～午後5時 土日祝除く)

ホームページ <http://www.sanka-hp.icghc.or.jp/>

お産に関連して、重度脳性まひとなり、所定の要件を満たした場合に、お子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性まひ発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に役立つ情報を提供することなどにより、産科医療の質の向上などを図ることを目的とした制度です。

補償の対象に認定された場合、一時金と分割金をあわせ総額 3,000 万円の補償金が支払われます。

補償の対象等詳細は、上記ホームページ、コールセンターまたはお産した分娩機関へお問合せください。

※生後6ヶ月未満で亡くなられた場合は、補償対象となりません。

<対象者> 次の①～③の基準すべてを満たした場合に、補償対象となります。

- ① ・2015年1月1日から2021年12月31日までに出生したお子様の場合  
出生体重 1,400g 以上で在胎週数32週のお産で生まれていることまたは28週以上で所定の要件
- ・2022年1月1日以降に出生したお子様の場合  
在胎週数28週以上であること
- ② 先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺
- ③ 身体障害者障害等級 1 級または 2 級に相当する脳性麻痺

<申請期間> お子様の満 1 歳の誕生日から満 5 歳の誕生日まで  
(極めて重症であって、診断が可能となる場合は、生後 6 ヶ月から補償申請可)