

# 【自立支援医療（育成医療）の申請について】

## 1 自立支援医療（育成医療）とは

給付対象となる疾患のある18歳未満の児童が、指定医療機関において手術などを行うことにより治療効果が期待できる場合に、その治療に要する医療費の一部の給付が受けられる制度です。

## 2 対象となる方（以下のすべてに該当する方）

- （１） 保護者が藤沢市に住んでいる18歳未満の児童。ただし、支給認定有効期間内に満18歳になる場合は、有効期間内であれば満18歳を過ぎた場合でも治療可。
- （２） 給付対象となる疾患があり、自立支援医療（育成医療）指定医療機関における治療により、治療効果が期待できる児童。
- （３） 「世帯」の市民税所得割額が235,000円未満であること。（４ 自己負担金を参照）

## 3 対象疾患

- ① 肢体不自由によるもの                      ② 視覚障がいによるもの
- ③ 聴覚・平衡機能障がいによるもの      ④ 音声・言語・そしゃく機能障がいによるもの
- ⑤ 心臓機能障がいによるもの              ⑥ 腎臓機能障がいによるもの
- ⑦ 小腸機能障がいによるもの              ⑧ 肝機能障がいによるもの
- ⑨ 先天性の内臓障がいによるもの      ⑩ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいによるもの

## 4 自己負担金

原則として総医療費の1割が自己負担となりますが、「世帯」の所得に応じた自己負担上限月額が設定されており、負担上限月額に達した場合は、その月の窓口負担額は上限月額までとなります。

自立支援医療（育成医療）における「世帯」とは、受診する方と同じ医療保険に加入している方をいいます。自己負担上限月額を算定する「世帯」の所得区分は、健康保険や共済組合の場合には被保険者本人、国民健康保険の場合には被保険者全員の所得を確認します。

※健康保険適用外の費用（食事代、差額ベッド代、衛生材料等）については医療機関の請求により別途お支払いください

※藤沢市医療費助成制度（小児・ひとり親等・障がい等）に該当されている方は、神奈川県内の指定医療機関の場合は、窓口で自己負担なく受診ができます。神奈川県外で受診された方や償還払い専用の医療証をお持ちの方は上限月額までの自己負担金を一旦支払い、後日払戻申請をしてください。払戻方法等の詳細については、各医療費助成担当課までお問い合わせください

【自己負担上限月額】

| 世 帯 の 所 得 区 分                  | 自己負担上限月額   | 重度かつ継続に<br>該当する場合 |
|--------------------------------|------------|-------------------|
| 生活保護世帯                         | 0円         | 0円                |
| 市民税非課税世帯 収入額 826,500 円以下       | 2,500 円    | 2,500 円           |
| 市民税非課税世帯 収入額 826,501 円以上       | 5,000 円    | 5,000 円           |
| 市民税所得割額 33,000 円未満             | ※ 5,000 円  | ※ 5,000 円         |
| 市民税所得割額 33,000 円以上 235,000 円未満 | ※ 10,000 円 | ※ 10,000 円        |
| 市民税所得割額 235,000 円以上            | 対象外        | ※ 20,000 円        |

◇ 治療開始日が1月～6月の時は前々年分所得、7月～12月の時は前年分所得を確認します

◇ ※部分は国の経過的特例による軽減措置です。経過措置期間が終了すると負担額が変わる場合があります

◇ 「重度かつ継続」・・・次の①または②のどちらかに該当する場合

①医療保険の高額療養費で多数該当の方

(申請前12ヶ月間において3回以上高額療養費制度の適用を受けた場合)

②下のア～オのいずれかに該当の方

ア：腎臓機能障がい イ：小腸機能障がい ウ：免疫機能障がい

エ：心臓機能障がい（心臓移植後の抗免疫療法に限る） オ：肝臓機能障がい（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）

## 5 申請手続き

治療開始前に、必要書類を添えて、藤沢市役所子育て給付課へ申請してください。郵送での申請も可能です。各市民センターでは受け付けできません。手続きが遅れた場合は、医療費の助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

【申請に必要なもの】

|   |                          |                                                                                                                                                                  |
|---|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 自立支援医療費（育成医療）<br>支給認定申請書 | 保護者の方が記載してください。院外処方がある方は、指定医療機関のほかに指定薬局もご記入ください                                                                                                                  |
| 2 | 自立支援医療（育成医療）<br>意見書      | 指定医療機関の担当医師に記載をお願いしてください                                                                                                                                         |
| 3 | 世帯状況届兼同意書                | 保護者の方が記載してください                                                                                                                                                   |
| 4 | 健康保険加入を証明する書類            | ①マイナポータルの保険資格情報画面など ②資格確認書<br>③資格確認のお知らせ ④健康保険資格取得証明<br>上記4点のうちいずれか1点。<br>※健康保険組合等社会保険加入の場合は、受診者である対象児童と被保険者のもの<br>※国民健康保険加入の場合は、受診者である対象児童と同一保険に加入している被保険者全員のもの |

|   |                |                                                                                                                                                                                                                     |
|---|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | 市町村民税に関する証明書   | <p>上記3の世帯状況届兼同意書の提出により省略できる場合がありますので、子育て給付課にお問い合わせください。市民税が未申告の場合は、申告の必要があります</p> <p>※意見書記載の治療開始日が1月～6月の場合は前々年分（基準日：前年1月1日）、7月～12月の場合は前年分（基準日：同年1月1日）の所得の確認が必要です</p> <p>※扶養控除等の対象の方は省略できます</p>                      |
| 6 | マイナンバーが確認できる書類 | <p>・対象児童及び同じ医療保険に加入する世帯員のマイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード、マイナンバーの記載がある住民票（又は住民記載事項証明）等）</p> <p>・健康保険組合等社会保険加入の場合は、対象児童と被保険者のもの。国民健康保険加入の場合は、対象児童と同一保険に加入している被保険者全員のもの</p> <p>※通知カードは、記載事項に変更がない場合のみ、マイナンバーが確認できる書類となります</p> |
| 7 | 窓口に来る方の本人確認書類  | <p>・マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど、顔写真入りのものいずれか1点</p> <p>・顔写真がないものは2点以上が必要です（例：資格確認書と年金手帳など）</p>                                                                                                                           |

## 6 受給者証について

ご提出いただいた書類を審査し、給付決定した場合、申請書に記載されたご住所の申請者あてに①「自立支援医療受給者証（育成医療）」と②「自己負担上限額管理表」、「認定通知書」を郵送します。①②を指定医療機関等に提示してください。

※受給者証が届くまでは医療機関等の窓口で会計をしないようお願いいたします

## 7 治療に必要な装具（補装具）の給付について

「自立支援医療受給者証（育成医療）」の受給者証をお持ちで、その有効期間内に医師の指示に基づき、健康保険適用となる治療に必要な装具（関節用装具、コルセット、足底板など）を購入する場合の費用を助成します。

### （1）装具購入の流れ

- ① 医師の指示に基づき装具を購入（全額自己負担）。領収書をもらってください
- ② 加入する健康保険組合に療養費（装具）の給付申請  
 ※必要書類については、加入する健康保険組合にお問い合わせください
- ③ 健康保険組合から支給決定通知書が届きましたら、必要書類を準備し、子育て給付課に給付申請
- ④ 審査後、装具の費用のうち、健康保険負担分、保護者負担分（当該月の自己負担上限額の範囲）を差し引いた金額を申請いただいた口座に振り込みます

## (2) 必要書類

- ① 自立支援医療費（育成医療）支給申請書  
※保護者が記入してください
- ② 育成医療治療用装具装着証明書  
※指定医療機関の医師に記入をお願いしてください
- ③ 育成医療治療用装具費内訳書  
※保護者が記入してください。振込先の口座情報が必要になります
- ④ 請求書  
※子育て給付課にて準備しますので、お問い合わせください
- ⑤ 健康保険組合から発行される支給決定通知書
- ⑥ 領収書・領収明細書  
※健康保険組合に提出したコピーで可
- ⑦ 自立支援医療費（育成医療）の受給者証のコピー
- ⑧ 装具作成費用を支払った月の自己負担上限額管理票のコピー

## 8 申請書類郵送先および問い合わせ先

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1  
藤沢市役所 子育て給付課 医療費給付担当  
電話 0466-50-3580（直通）  
FAX 0466-50-8416  
平日 8時30分～17時

