

3. 医療費助成制度

1) 医療福祉制度（マル福制度）

病院等で診療を受けた際に支払う医療費の自己負担分を助成する制度です。

対 象 者	・身体障害者手帳 1 級・2 級（内部障害の方は 1 ～ 3 級）の方 ・身体障害者手帳 3 級・4 級かつ、知能指数が50以下（療育手帳 B 相当）の方 ・知能指数が35以下（療育手帳㊤、A 相当）の方 ・精神障害者保健福祉手帳 1 級の方 ・精神障害者保健福祉手帳 2 級かつ、身体障害者手帳 3 級・4 級の方 ・精神障害者保健福祉手帳 2 級かつ、知能指数が50以下（療育手帳 B 相当）の方 ・障害年金 1 級を受給している方 ・特別児童扶養手当 1 級の対象となった方
所得制限	前年の所得が一定額以上の場合
必要書類等	加入医療保険の資格確認証等、身体障害者手帳、療育手帳、障害年金証書
窓 口	役場国保年金課
備 考	県外の医療機関等を受診した場合や治療用装具を作製した場合は、医療費の自己負担分を一時支払い、後日領収書を添付して役場国保年金課に申請をすることにより、助成金額分の払い戻しを受けることができます。

2) 障がい認定による後期高齢者医療制度

一定の障がい程度にある65歳以上75歳未満の方は、後期高齢者医療制度に加入することができます。

対 象 者	・身体障害者手帳 1 ～ 3 級の方 ・身体障害者手帳 4 級のうち、音声言語機能の著しい障がいに該当する方、下肢機能障害の 1 号・3 号・4 号に該当する方 ・療育手帳㊤、A の方 ・精神障害者保健福祉手帳 1 ～ 2 級の方 ・身体障がい、知的障がい又は精神障がいを理由とした障害年金 1 ～ 2 級の方（労災、船員保険法は障害年金 1 ～ 4 級）
必要書類等	加入医療保険の資格確認証等、手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳）又は障害状態を明らかにする書類（年金証書等）
窓 口	役場国保年金課
備 考	現在加入している健康保険を抜け、新たに後期高齢者医療保険に加入する必要があります。後期高齢者医療保険制度では、被保険者個人が保険料を負担します。

3) 自立支援医療制度（育成医療）

身体に障がいのある児童に対し、早い時期に治療を受けることで、将来の生活に必要な能力と機能を持たせるために必要な医療費の助成を行います。（必ず治療を開始する前に申請してください。）

対 象 者	18歳未満で下記の機能障がいをもつ児童 （肢体不自由、視覚、聴覚、平衡機能障害、音声言語機能障害、じん臓、心臓、肝臓、免疫機能障害、その他の内臓障害） ※身体障害者手帳の交付を受けていない方も対象となります。
費 用	医療費の1割が原則として自己負担となります。ただし、所得等に応じて一月あたりの自己負担額の上限が決められており、負担が重くなりすぎないようにしています。 ※世帯の所得が一定以上の場合は、対象とならないことがあります。
必要書類等	世帯の課税状況を証明できるもの、個人番号がわかるもの、加入医療保険の資格確認証等、指定医療機関の意見書
窓 口	役場福祉介護課

4) 自立支援医療制度（更生医療）

障がい程度の軽減や残された機能の回復を目的とした医療・手術等を受ける場合、その障がいの除去・軽減を図るために必要な医療費の助成を行います。（必ず治療を開始する前に申請してください。）

対 象 者	身体障害者手帳を交付された18歳以上の方 ※対象となる医療は、身体障害者手帳に記載されている障がい名と因果関係があり、確実に治療効果が期待されるものに限られます。（例：角膜手術、関節形成手術、心臓手術、人工透析療法、外耳形成手術、じん移植術、肝臓移植術、抗H I V療法等）
有効期限	概ね3カ月以内（疾病により最長1年） ※更新可能
費 用	医療費の1割が原則として自己負担となります。ただし、所得等に応じて一月あたりの自己負担額の上限が決められており、負担が重くなりすぎないようにしています。 ※世帯の所得が一定以上の場合は、対象とならないことがあります。
必要書類等	身体障害者手帳、世帯の課税状況を証明できるもの、個人番号がわかるもの、加入医療保険の資格確認証等、指定医療機関の意見書
窓 口	役場福祉介護課

5) 自立支援医療制度（精神通院医療）

通院による治療を継続して必要とする程度の精神疾患（てんかんを含む）のある方（精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていない方も対象となります）の通院医療に係る費用の助成を行います。

対 象 者	精神疾患により通院医療を受けている方
有効期限	1 年（再認定の申請は、有効期限の 3 カ月前から可能）
費 用	医療費の 1 割が原則として自己負担となります。ただし、所得等に応じて一月あたりの自己負担額の上限が決められており、負担が重くなりすぎないようになっています。 ※世帯の所得が一定以上の場合は、対象とならないことがあります。
必要書類等	申請書、診断書、加入医療保険の資格確認証等、個人番号がわかるもの、同一健康保険に加入する家族の課税状況を証明できるもの又は課税状況確認同意書
窓 口	役場福祉介護課

6) 指定難病の医療費助成（指定難病特定医療費受給者証の交付）

対象疾病にり患し、病状が一定の基準を満たす方または高額な医療費を支払っている方に対して、医療費の一部が助成されます。ただし助成の対象となるのは、指定医療機関で受けた指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療等に限られます。

窓 口	竜ヶ崎保健所健康増進課（電話：0297-62-2172）
-----	------------------------------

7) 小児慢性特定疾病の医療費助成（小児慢性特定疾病医療受給者証の交付）

児童等の慢性疾病のうち、国が指定した疾病（小児慢性特定疾病）について、医療費の一部が助成されます。

対象年齢	18歳未満の児童（ただし18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の者を含む）
窓 口	竜ヶ崎保健所健康増進課（電話：0297-62-2172）

4. 補装具費の支給及び日常生活用具の給付

1) 補装具費の支給

身体障がい者（児）又は難病患者の体の不自由なところを補い、日常生活や職場での作業を容易にするために、必要な補装具の購入、修理又は借受けに係る費用の一部を公費で負担します。（必ず購入・修理等の前にご相談ください。）

対 象 者	身体障害者手帳所持者又は難病患者（指定難病特定医療費受給者証を受けている方又は難病の診断を受けた方） ※介護保険の要支援・要介護の認定者は介護保険の利用が優先されます。 ※障がい者又は難病患者本人並びに世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の税額が46万円以上の場合は、対象となりません。
費 用	費用の1割が原則として自己負担となります。ただし、所得等に応じて上限が決められていて負担が重くなりすぎないようになっています。
必要書類等	身体障害者手帳又は難病患者と証明できるもの、意見書（再交付又は修理の場合を除く）、見積書、世帯の課税状況を証明できるもの
窓 口	役場福祉介護課

<補装具の種類>

障がい区分	対象となる補装具
肢体不自由	義肢（電動義手含む）、装具、姿勢保持装置、車いす、電動車いす、歩行器、歩行補助つえ
視覚障害	視覚障害者安全つえ、義眼、眼鏡等
聴覚・言語障害	補聴器、人工内耳（音声信号処理装置の修理のみ）
肢体不自由かつ言語障害	重度障害者用意思伝達装置
難病患者	車いす、意思伝達装置、装具（整形靴）等

<補装具判定方法> *補装具の給付には判定が必要となります（一部判定不要）。

判定方法		茨城県福祉相談センター			市町村	
補装具種目		直接判定	書類判定	借受け	書類判定	判定不要
義肢	殻構造		○	○		
	骨格構造	○				
装具			○	○		
座位保持装置		(○) ※1	○	○		
座位保持椅子（児童のみ）				○	○	
視覚障害者安全つえ						○
義眼					○	

補装具種目		判定方法	茨城県福祉相談センター			市町村	
			直接判定	書類判定	借受け	書類判定	判定不要
眼鏡	矯正眼鏡					○	
	遮光眼鏡					○	
	コンタクトレンズ					○	
	弱視眼鏡					○	
補聴器				○		○※3	
車椅子	レディメイド(手押型)						○
	レディメイド(手押型以外)					○	
	モジューラー（標準）			○			
	オーダーメイド	(○) ※1		○			
電動車椅子			○				
歩行器			(○) ※1		○	○	
歩行補助つえ(一本杖を除く)							○
重度障害者用意思伝達装置			(○) ※1	○	○		
特例補装具			○	(○) ※2			

※1：場合により直接判定。 ※2…6輪型車椅子（電動除く）は書類判定。

※3：人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。

2) 日常生活用具の給付

障がいを持つ方が日常生活を円滑に過ごせるよう、必要に応じて日常生活用具が給付されます。ただし、障がいや疾病により給付品目が異なりますのでご注意ください。（必ず購入する前にご相談ください。）

対 象 者	・身体障害者手帳を所持する方 ・療育手帳を所持する方 ・精神障害者保健福祉手帳を所持する方 ・指定難病特定医療費受給者証を所持する方 ※介護保険の要支援・要介護の認定者は介護保険の利用が優先されます。 ※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳及び指定難病特定医療費受給者証を所持する方でも、障害の種類や等級により適用できない場合があります。
費 用	基準額の範囲内で、費用の1割が原則として自己負担となります。基準額を超過した分の費用は自己負担となります。
必要書類等	証明となるもの（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、指定難病特定医療費受給者証、医師の意見書）、見積書、世帯の課税状況を証明できるもの又は課税状況確認同意書
窓 口	役場福祉介護課
備 考	対象となる障がいや給付内容は役場福祉介護課へお問い合わせください。