

3 保健と医療

○ 医療福祉費支給制度（重度心身障害者等（福））

身 知 精

病院等で診療を受けた場合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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳1級、2級、3級（3級の方は内部障害に限る）の方 ・療育手帳(A)、Aの方 ・精神障害者保健福祉手帳1級の方 ・身体障害者手帳3級または4級かつ療育手帳B（知能指数50以下）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級または4級の方 ・精神障害者保健福祉手帳2級かつ療育手帳B（知能指数50以下）の方 ・障害年金1級を受給している方 ・特別児童扶養手当の1級を受給している方
所得制限	前年の所得が一定額以上の場合（受給制限）
自己負担額	なし（健康保険適用医療費のみ全額助成されます）
必要書類等	資格確認書等、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、障害年金の証書、特別児童扶養手当障害認定通知書等、マイナンバー（個人番号）が確認できるもの、預金通帳等（口座番号のわかるもの）
窓口	医療年金課 電話 029-883-1111（代）
備考	<p>県外の病院等受診や治療材料等の場合は一時立替払いをし、後日領収書等を添付の上、申請してください。</p> <p>65歳以上の方は、後期高齢者医療被保険者の方が対象となります。（障害者手帳等を受け取った日の翌月末までに申請しなかった場合は、申請した日から制度の対象になります。）</p> <p>配偶者に重度の心身障害がある世帯の母子または父子（※）は母子（福）または父子（福）の対象となります。（※子どもが18歳到達後の最初の3月31日まで）</p>

※お手続きに際してマイナンバー（個人番号）の提示が必要です。巻末のご案内をご覧ください。

○ 障害認定による後期高齢者医療の受給資格

身 知 精

一定の障害程度にある65歳以上75歳未満の方は、任意で後期高齢者医療制度に加入することにより、所得の状況に応じて1割、2割または3割の自己負担で医療を受けることができます。

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳1級～3級の方 ・身体障害者手帳4級の方のうち、音声・言語機能障害、下肢機能障害の1号、3号及び4号の方 ・精神障害者保健福祉手帳1級、2級の方 ・療育手帳(A)、Aの方 ・国民年金法における障害年金1級、2級を受給している方
必要書類等	手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）または障害状態を明らかにする書類（年金証書等）、資格確認書等、マイナンバー（個人番号）が確認できるもの
窓口	医療年金課 電話 029-883-1111（代）
備考	申請日以降の加入となります（さかのぼっての加入はできません）。加入月から保険料がかかります。

国民健康保険税の介護保険適用除外

国民健康保険に加入している 40 歳以上 60 歳未満の方が介護保険適用除外施設に入所（入院）した場合、届出により国民健康保険税のうち介護納入金の納付が不要となりますので、介護保険適用除外に該当した場合は、14 日以内に届出を行ってください。また、施設を退所（退院）した場合においても、同様に届出が必要になります。

窓口 国民健康保険課

※社会保険等にご加入の場合は加入中の健康保険組合にお尋ねください。

○ 自立支援医療（更生医療）

身

身体障害者手帳をお持ちの方が、その障害の程度を軽減したり、残された機能を回復したりすることを目的とした手術等を受ける場合に、医療費が助成される制度です。指定医療機関で行う特定の手術等が該当となりますので、詳細については、お問合せください。**※治療開始前の申請が重要です。**

対象者	身体障害者手帳を交付された 18 歳以上の方で、角膜移植・関節形成・外耳道形成・心臓等の手術や、人工透析を受ける方
自己負担額	原則として、医療費の 1 割が自己負担となりますが、世帯の課税状況に応じてその上限が決められています。ただし、課税状況により対象とならない場合があります。
必要書類等	身体障害者手帳、資格確認書等、特定疾病療養受療証（該当者のみ）、指定医療機関の意見書等
窓口	障害福祉課 電話 029-883-1111（代）

※お手続きに際してマイナンバー（個人番号）の提示が必要です。巻末のご案内をご覧ください。

○ 自立支援医療（育成医療）

身

身体に障害があり、手術等により確実な治療効果が期待できる児童に対し、医療費が助成される制度です。指定医療機関で行う特定の手術等が該当となりますので、詳細については、お問合せください。**※治療開始前の申請が必要です。**

対象者	18 歳未満で以下の障害に該当する児童 ※視覚、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓、じん臓、その他内臓疾患 等
自己負担額	原則として、医療費の 1 割が自己負担となりますが、世帯の課税状況に応じてその上限が決められています。ただし、課税状況により対象とならない場合があります。
必要書類等	資格確認書等（対象者と同じ医療保険に加入している家族全員分）、指定医療機関の意見書等
窓口	障害福祉課 電話 029-883-1111（代）

※お手続きに際してマイナンバー（個人番号）の提示が必要です。巻末のご案内をご覧ください。

○ 自立支援医療（精神通院）

精神疾患の通院医療を受けやすくするために、通院医療にかかる医療費が助成される制度です。詳細については、お問合せください。

対象者	精神障害により通院医療を受けている方
自己負担額	精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して、精神通院医療を担当する医師による外来、投薬、デイケア、訪問看護などの医療費の自己負担額が1割となります。加えて世帯の課税状況に応じて、自己負担額の上限が設定されます。ただし、課税状況に応じて対象外となる場合があります。
必要書類等	診断書、資格確認書等
窓口	障害福祉課 電話 029-883-1111（代）

※お手続きに際してマイナンバー（個人番号）の提示が必要です。巻末のご案内をご覧ください。

○ 指定難病特定医療費の助成

国が定めた難病に罹患し、医療機関においてその治療を受けている方に対し、病状が一定の基準を満たす場合に医療費の自己負担分の一部を公費で負担します。

対象者	国が定めた難病に罹患し、その治療を受けている方 ※対象となる疾患名等については、以下までお問合せください。
窓口	茨城県つくば保健所健康増進課 電話 029-851-9291 FAX 029-851-5680

○ 小児慢性特定疾病医療の助成

国が定めた小児慢性特定疾病に罹患し、医療機関においてその治療を受けている方に対し、病状が一定の基準を満たす場合に、医療費の自己負担分の一部を公費で負担します。

対象者	国が定めた小児慢性特定疾病に罹患し、その治療を受けている方（新規申請は18歳未満の児童、継続申請は20歳未満） ※対象となる疾患名等については、以下までお問合せください。
窓口	茨城県つくば保健所健康増進課 電話 029-851-9291 FAX 029-851-5680

○ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

対象	対象疾患に罹患している原則20歳以上の方
内容	対象疾患にかかる医療費（保険診療分）の自己負担分について公費負担します。なお、特定疾病療養受給の対象者の方は、自己負担限度額の1万円以内での公費負担になります。
お問合せ先	茨城県つくば保健所健康増進課 電話 029-851-9291 FAX 029-851-5680

