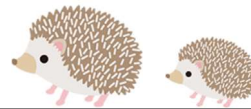


自立支援医療（育成医療）のご案内



対象者

- ・保護者が西宮市に居住
- ・18歳未満の身体に障害を持つ児童
- ・指定医療機関での手術等により、確実な治療効果が期待できる

申請について

必要書類等は、裏面をご覧ください。

医療費等の給付

認定された障害・疾患に関する治療の医療費（保険診療）のうち、自己負担額が1割となります。市民税課税状況に応じて医療費の自己負担額の月額上限額が決まり、上限額を超えた分は公費負担となります。

健康保険適用外の費用や入院時食事療養費は対象となりません。

医療受給者証の交付

申請内容を審査し、育成医療受給者証と自己負担上限額管理票を自宅に郵送します。
(約3週間後)



受給者証と管理票を病院に提出し、治療を受けてください。**受給者証が届く前に支払った場合は、後で払い戻しができません。**

指定医療機関での治療が対象

利用できるのは指定医療機関（原則1ヶ所）のみです。複数の認定を希望する場合は、事前にご相談ください。
(医師が必要と認めた場合に限り)

必ず治療開始前に申請

医師の意見書の治療見込期間初日までに申請してください。やむをえず、治療開始後に申請する場合は、意見書の治療見込期間初日から16日以内に申請書等を提出してください。期限を過ぎて申請した場合は、保健所の受付日が有効期間の初日となります。有効期間以降も治療が必要な場合は、再認定の手続きが必要です。有効期間が満了する前に再認定の申請をしてください。

所得制限等の条件あり

世帯（同じ医療保険に加入している家族）の市民税年額（所得割）が23万5千円以上の場合は、この制度の対象となりません。ただし、高額治療継続者に該当する場合は対象となります。

※ふるさと納税、住宅借入金等特別税額控除は、その控除額がないものとして再計算します。

判定課税年度は、治療見込期間初日が
令和5年7月～令和6年6月…令和5年度
令和6年7月～令和7年6月…令和6年度

※高額治療継続者とは次の①②のいずれかの場合をいいます。

- ①腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
- ②申請前の12ヶ月間で3回以上健康保険の高額療養費の支給を受けている

乳幼児医療、障害者医療等の福祉医療証をお持ちの方

育成医療で支払った医療費の一部又は全部を、払い戻し申請できる場合があります。
→ 医療年金課 (0798-35-3188)

18歳以上の身体障害者手帳をお持ちの方

自立支援医療（更生医療）制度が利用できる場合があります。→ 障害福祉課 更生医療担当
(0798-35-3174)

氏名 _____

受付印

受付者

自立支援医療（育成医療）申請書類チェック表

次の1～7（必要時 8又は9も）の申請書類一式をご提出ください。

提出書類		注意事項						
1□	チェック表（この用紙）							
2□	自立支援医療（育成医療）支給認定申請書（様式第1号）							
3□	自立支援医療（育成医療）意見書（様式第2号）	治療見込期間を確認 意見書の「障害の種類」欄の （4）で歯科矯正を伴う治療は6か月以内 （6）で人工透析療法と（10）で抗HIV療法は1年以内 上記以外の障害は原則3か月以内です。 治療見込期間初日から 16日以内の提出・・・認定された場合、初日から有効 17日以降の提出・・・〃 受付日から有効						
4□	受診者本人の健康保険証 または 生活保護受給証 の写し							
5□	世帯調書（様式第3号）							
6□	マイナンバーが確認できる書類の提示（原本）	受診者と同じ健康保険証を使用している方全員のマイナンバーがわかるもの（個人番号カード、個人番号通知カード、個人番号が記載された住民票原本のいずれか）をご提示ください。 郵送申請の場合は、マイナンバーが確認できる書類のコピーを同封してください。 市民税非課税世帯の場合は、世帯調書（様式第3号）の「収入等額（年収）」欄に「各種年金・手当等の収入額」を記入してください。						
7□	申請者（窓口へ来られる方）の身元確認書類の提示（原本）							
	この制度での申請者とは健康保険の種類によって右記のとおりです。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受診者の保険証の種類</th> <th>申請者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会</td> <td>➔ その健康保険証の被保険者</td> </tr> <tr> <td>国民健康保険・国民健康保険組合</td> <td>➔ 親権を有する世帯主</td> </tr> </tbody> </table>	受診者の保険証の種類	申請者	健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会	➔ その健康保険証の被保険者	国民健康保険・国民健康保険組合	➔ 親権を有する世帯主
	受診者の保険証の種類	申請者						
健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会	➔ その健康保険証の被保険者							
国民健康保険・国民健康保険組合	➔ 親権を有する世帯主							
<p>申請者として窓口申請に来られる方は、身元確認書類をご提示ください。</p> <p>1種類で可能・・・運転免許証、パスポート、個人番号カード等、顔写真つきの公的機関発行書類</p> <p>2種類必要・・・健康保険証、住民票、年金手帳など</p> <p>※ 上記「申請者」にあてはまらない方が窓口で申請する場合は、支給認定申請書（様式第1号）の「委任状」欄を記入する必要があります。</p> <p>※ 郵送申請の場合は、申請者の身元確認書類のコピーを同封してください。</p>								
8□	（人工透析療法を行う方のみ）特定疾病療養受領証の写し							
9□	（高額治療継続者を証明する方のみ）高額療養費の支給を証明する書類	申請前の12ヶ月間に3回以上、健康保険の高額療養費の支給を受けていることを証明する書類。（支給決定通知書など）						

※ 郵送で申請する場合は、医療意見書等の個人情報が記載された重要書類が含まれますので、特定記録郵便等の配達記録の残る方法をおすすめします。

提出先・問い合わせ先 〒662-0911 西宮市池田町8-11

西宮市保健所 保健予防課 難病等疾病対策チーム ☎0798-26-3669