

## 自立支援医療（育成医療）のご案内

### ●自立支援医療（育成医療）制度の概要

育成医療とは、身体に障害のある児童またはそのまま放置すると将来障害を残すと認められる疾患のある児童が、その障害が確実に除去・軽減されると見込まれる手術等の治療を受ける場合の医療費の一部を公費で負担する制度です。

### ●対象者（次の全てに該当する方）

- (1)18歳未満の児童で、保護者が横浜市内に住所を有する方
- (2)自治体の指定を受けた育成医療の指定医療機関で治療する方（指定医療機関の所在地は市内・市外を問いません。）
- (3)身体に対象となる障害（下記参照）がある、または治療をしないと将来障害を残す可能性があるとして認められ、手術などの治療により、障害が除去または軽減される確実な効果が見込まれる方
- (4)同一保険世帯の所得が規定の制限を超えない方（経過措置による特例があります。詳しくは次ページ「●所得制限と自己負担について」をご参照ください。）

### ●対象の障害区分

1	視覚障害	6	腎臓機能障害
2	聴覚、平衡機能障害	7	小腸機能障害
3	音声、言語、そしゃく機能障害	8	肝臓機能障害
4	肢体不自由	9	その他の内臓機能障害
5	心臓機能障害	10	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

### ●障害区分による対象要件（○印：対象 △印：一部のみ対象 ×印：対象外）

障害区分	要 件				備 考
	先天性	後天性	手術	手術外の治療のみ	
視覚障害	○	○	○	△	△：未熟児網膜症の光凝固治療は対象
聴覚、平衡機能障害	○	○	○	×	
音声、言語、そしゃく機能障害	○	○	○	△	△：口蓋裂に起因する歯科矯正は対象
肢体不自由	○	○	○	△	△：治療用装具による矯正は対象 △：理学療法は対象
心臓機能障害	○	○	○	△	確定診断後の手術の為のカテーテル検査は可 △：心移植術後の抗免疫療法は対象
腎臓機能障害	○	○	○	△	△：腎透析、腎移植後の抗免疫療法は対象
肝臓機能障害	○	○	○	△	△：肝臓移植術後の抗免疫療法は対象
小腸、その他の内臓障害	○	※注1	○	△	△：小腸機能障害の中心静脈栄養法は対象
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	○	○	○	○	

※注1 後天性の場合は、呼吸器、膀胱、直腸、小腸機能障害のみ対象

### ●申請に必要な書類

様式は、横浜市公式ホームページからダウンロードできます。区役所こども家庭支援課窓口でもお渡ししています。

①自立支援医療（育成医療）支給認定申請書（様式第1号-1）	お子さん（本人）と同じ健康保険に加入している方全員を記入します。	
②健康保険証の写し	国民健康保険加入の方 →	原則、本人を含む加入者全員の保険証の写し
	社会保険加入の方 →	本人と被保険者の保険証の写し
	生活保護世帯の方 →	生活保護証明書（原本）
③自立支援（育成医療）意見書（様式第5号）	治療を受ける指定医療機関にて <b>育成医療の指定医が作成した意見書</b> ※指定医の記名がない意見書は無効です。	
④被保険者が <b>市外から転入された方のみ</b> 、前住所地の自治体が発行する住民税（市町村民税）課税証明書【控除内訳等の項目が省略なく全て記載されているもの】 （判定すべき課税年度に横浜市で課税されていた方は不要です）	所得を判定すべき課税年度の基準日（例：令和3年度の基準日は令和3年1月1日）に被保険者の住民登録があった自治体が発行するもの <b>（国民健康保険加入の場合、同一保険の18歳以上の方全員分が必要です。）</b> 【判定すべき課税年度】診療開始予定月が 4～6月・・・前年度の課税証明書 7～3月・・・当年度の課税証明書 ※住宅借入金等特別税額控除の申告を行っている場合は、上記に加え、市町村民税住宅借入金等特別税額控除が確認できる書類（課税証明書に記載されている場合は不要）をご提出ください。	

⑤被保険者が <b>海外在住の方のみ</b> 、 海外勤務証明書（勤務先の企業が 発行するもの）	所得を判定すべき課税年度の基準日（例：令和2年度の基準日は令和2年1月1日）に海外在勤であったことを勤務先企業が証明するもの（※自営業または無職の方は、基準日に日本在住でなかったことが確認できる書類）
⑥個人番号（マイナンバー）が 確認できるもの （右記のうち、いずれか1種類）	お子さん本人と同じ健康保険の加入者全員分をご用意ください。 ・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の写し又は住民票記載事項証明書
⑦窓口に来る方の本人確認書類	公的機関発行の免許証または身分証明書類（パスポートや自動車運転免許証などの顔写真入りは1種、健康保険証や年金手帳などの顔写真なしは2種）
⑧（右記に該当する場合のみ） 特定疾病療養受療証の写し	人工透析が必要な慢性腎不全または血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症で治療を受ける場合は、健康保険に申請して交付を受けてください。

### ●所得制限と自己負担について

育成医療は「世帯」の所得（注2）に応じて、一定の自己負担があります。

原則、1割負担ですが、月額自己負担上限額に達した月は、上限額を超えてお支払いいただくことはありません。

※入院時の食事代は給付対象外となります。（生活保護受給世帯の方は食事代も対象となります。）

※保険適用外の治療・投薬・用具、文書料、差額ベッド代などの費用は給付対象外です。

所得区分		月額自己負担上限額	
一定所得以下	生活保護世帯	0円	
	市民税非課税世帯（保護者収入が80万円以下）	2,500円	
	市民税非課税世帯（保護者収入が80万円を超える）	5,000円	
中間所得層	市民税所得割（注3）が3万3千円未満の世帯	★(5,000円)	【 <b>重度かつ継続</b> 】（注4） 5,000円
	市民税所得割（注3）が 3万3千円以上23万5千円未満の世帯	★(10,000円)	【 <b>重度かつ継続</b> 】（注4） 10,000円
一定所得以上	市民税所得割（注3）が23万5千円以上の世帯	制度対象外	【 <b>重度かつ継続</b> 】（注4） ★(20,000円)

#### （注2）「世帯」の所得について

※国保・国保組合加入者……18歳以上の被保険者の市民税所得割額（非課税の場合は保護者収入）を合算して算定します。

※社保加入者……被保険者の市民税所得割額（非課税の場合は保護者収入）で算定します。

（注3）市民税所得割額は、住宅借入金等特別税額控除・寄付金控除前の金額です。扶養している18歳以下のお子さんについては算定の際に控除されます。

（注4）【**重度かつ継続**】に該当するのは、次の1・2いずれかのケースです。

- 腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓移植後の抗免疫療法、肝臓移植後の抗免疫療法、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
- 直近の12か月以内に3回以上、健康保険から高額療養費を受けている場合（申請時に高額療養支給決定通知書等の証明書類の提出が必要です。）

★自己負担上限額が( )付きとなっている部分は、国の経過的特例による負担軽減措置であり、特例期間が終了すると「一定所得以上」はすべて制度対象外、【**重度かつ継続**】に該当しない「中間所得層」は1割負担となります。

### ●医療受給者証と自己負担上限額管理票について

育成医療が認定されると、「育成医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を区役所から原則ご自宅に郵送します。

育成医療を受ける時は、健康保険証と一緒に、「育成医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を指定医療機関の窓口**に必ず提出してください。**（窓口で実質的な支払いがない場合も必要です。）**医療機関での提示がない場合、育成医療は適用されません。**※生活保護世帯の方は、自己負担額が0円の為、自己負担上限額管理票は交付されません。

※「自己負担上限額管理票」は、受給者証に印字された指定医療機関（薬局・訪問看護を含む）での窓口負担が、合計で1か月の自己負担上限額を超えないように管理するもので、各指定医療機関が**受診のつど毎回確認・記入**します。

### ●こんなときはお届けが必要です

#### ・治療内容が変わるとき

治療の具体的方針や治療予定期間を変更する必要がある場合には、事前に申請する必要があります。変更について、指定医療機関で指定医が作成した意見書が必要です。（治療内容等によっては、変更が認められない場合もあります。）

#### ・住所、氏名が変わったとき

児童や保護者の住所など、受給者証に記載されている事項に変更があった場合には、すみやかに届け出てください。なお、**保護者が市外に転出された場合は、受給者証は無効となり**、転出先の自治体で新たに育成医療の申請が必要です。転出先の自治体にお問い合わせください。

#### ・加入している健康保険の内容や生活保護の受給に変更があったとき

加入する健康保険や健康保険の扶養に変更があった場合には、受給者証も変更が必要になりますので、すみやかに届

けてください。健康保険に変更があると月額自己負担上限額が変わることがあります。(新しい月額自己負担上限額は、変更が決定した日の属する月の翌月1日からの適用となります。)

生活保護が開始または廃止になったときも、すみやかに届け出てください。

・受給者証を紛失・き損したとき

受給者証をなくしたときや、破れたり汚れて読めなくなってしまったときは、届け出により再交付が受けられます。

●申請書・変更届の提出先

お住まいの区の区役所(福祉保健センター) こども家庭支援課へご提出ください。

●他の医療費助成との併用について

横浜市の「小児医療証」「ひとり親福祉医療証」「重度障害者医療証」(以下「医療証」と言います)の交付を受けている場合、神奈川県内のほとんどの指定医療機関で、育成医療の受給者証とこれらの「医療証」をあわせてお使いいただくことができます。

**「医療証」と併用される場合でも、育成医療の受給者証と自己負担上限額管理票は必ず医療機関にご提示ください。**

※育成医療は県外の指定医療機関でも受けられますが、横浜市の「医療証」は県外ではお使いになれません。窓口で一部負担された医療費の払い戻し方法は、お住まいの区の区役所の保険年金課へお問い合わせください。

※育成医療の給付が受けられる場合は、「小児医療証」単独ではお使いになれません。会計時には必ず育成医療受給者証と一緒に提示してください。

●不認定について

所得が一定の額を超えている場合や、治療で障害の改善が見込まれないとき(移植を伴わない臓器摘出、再発する腫瘍の切除など)、治療目的が対象障害の改善でない場合(整容や、眼鏡装用のための耳介形成等)、障害自体の改善につながらない措置(胃ろう造設など)、育成医療の対象でない治療の場合、また現在の不自由の状況が身体障害者福祉法別表(下記参照)と同程度と認められないとき等は、不認定となる場合があります。治療開始予定日や手術予定日が未定の場合や、検査入院、経過観察のみの場合も認定されません。視覚・聴覚障害における形成手術は、視力・聴力について別途、指定医の証明を求める場合があります。

身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)別表

一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- 1 両眼の視力(万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。)がそれぞれ0.1以下のもの
- 2 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
- 3 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
- 4 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの

二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- 1 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの
- 2 一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの
- 3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの
- 4 平衡機能の著しい障害

三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

- 1 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
- 2 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの

四 次に掲げる肢体不自由

- 1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- 2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- 3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- 4 両下肢のすべての指を欠くもの
- 5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- 6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

(参考) 身体障害者福祉法施行令(政令で定める障害)

第三十六条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

- 一 ぼうこう又は直腸の機能
- 二 小腸の機能
- 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

## ●申請窓口及び手続きに関するお問い合わせ先

お住まいの区の 区役所こども家庭支援課（市外局番は045）

区名	電話番号	FAX番号	区名	電話番号	FAX番号
青葉区	978-2459	978-2422	瀬谷区	367-5760	367-2943
旭区	954-6122	951-4683	都筑区	948-2320	948-2309
泉区	800-2418	800-2513	鶴見区	510-1797	510-1887
磯子区	750-2415	750-2540	戸塚区	866-8466	866-8473
神奈川区	411-7112	321-8820	中区	224-8172	224-8159
金沢区	788-7785	788-7794	西区	320-8468	322-9875
港南区	847-8410	842-0813	保土ヶ谷区	334-6297	333-6309
港北区	540-2340	540-2426	緑区	930-2332	930-2435
栄区	894-8410	894-8406	南区	341-1148	341-1145

受付時間：月～金曜日（祝日及び12月29日～1月3日を除く）午前8時45分から午後5時まで

●制度についてのお問い合わせ：横浜市健康福祉局 医療援助課 福祉医療係

電話：045-671-4115

FAX：045-664-0403

メール：[kf-iryoenjo@city.yokohama.jp](mailto:kf-iryoenjo@city.yokohama.jp)

### 【申請にあたっての注意】

- ◆**原則事前申請です。**治療開始前に申請して下さい。受給者証の交付（郵送）まで1か月程度かかります。（提出された書類に記入不備がある場合や、指定医による補記等が必要な場合は、通常より日数がかかる場合があります。）正当な理由なく申請が遅れると認定されない場合があります。（内臓機能障害で出生直後に救命のための緊急手術を要した場合など、やむを得ない理由による場合は事後でも申請できます。）
- ◆重複しない複数の育成医療を別々の指定医療機関で受ける場合は、それぞれに申請が必要です。（例：口蓋裂の治療で口腔外科手術と歯科矯正を別の医療機関で受ける場合）
- ◆育成医療を受ける指定医療機関は、1つの申請において原則**各医療機関1か所ずつ（病院1、薬局1）となります。受給者証に記載された指定医療機関以外では、育成医療は受けられません。**また、薬局は、意見書で院外処方が必要と医師が認めている場合のみ申請できます。
- ◆育成医療の給付期間は原則3か月以内です。障害の種類や治療内容により、医師の意見書に書かれた治療予定期間より短い場合があります。（人工透析療法や抗HIV療法など、治療によって最長1年まで認められるものもあります。）
- ◆受給者証の提示なく医療機関窓口で支払った医療費を、育成医療として後日**払い戻すことはできません。**受給期間内の治療でも、医療機関で通常の保険診療として精算が済んでいるものは助成対象外となります。（ただし、治療用装具の購入費は後日払い戻しとなります。）
- ◆**治療用補装具を購入したとき**  
育成医療で認められた治療方針に基づき、育成医療受給期間中に装着された治療用装具（コルセットや足底板など）の購入費は、申請による**払い戻しでのみ一部費用を給付します。**手続きについては、育成医療の申請窓口で別途ご案内します。（先に育成医療の認定を受けている必要があります。同時に申請はできません。）
- ◆受理した申請書類は原則お返しできません。控えが必要な方は、提出前にご自身でコピーをとってください。（市外へ転出する予定がある場合、転出先での育成医療申請手続きに意見書のコピーが必要な場合があります。）