

自立支援医療（育成医療）を申請される方へ

① 自立支援医療（育成医療）とは

○ 対象

保護者が川口市に居住しており、身体に障害のある児童（18歳未満）又はそのまま放置すると将来障害を残すと求められる疾患がある児童で、确实なる治療効果が期待できる方。

○ 支給の内容

- 1 一部自己負担額は、医療機関や薬局等がかかった医療費等の1割負担となります。ただし、所得に応じて負担金額の月額上限が設定されます。  
※ 一部自己負担額等の判定を行う「世帯」の範囲は、原則として加入する医療保険単位となります。
- 2 一定所得(市町村民税所得割税額2万5千円)以上の「世帯」の方は、「重度かつ継続」に該当する方を除き、公費負担の対象外となります。(医療保険による対応となります)
- 3 入院中の食事療養費は自己負担となります(公費負担の対象外)。
- 4 有効期間は、3か月を基本とします(一部の障害については6か月又は1年)。

再認定については、引き続き外科的治療を伴う入院又は以下の通院治療を要する場合のみ対象となります(別途申請が必要です)。

- ・ 肢体不自由の障害による理学療法の通院
- ・ 肢体不自由の障害による治療用装具を装着するための通院
- ・ 唇顎口蓋裂に起因する歯科矯正のための通院(言語療法がある場合を含む)
- ・ 腎臓機能障害で慢性透析療法を行うための通院
- ・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の治療のための通院

② 申請書類

- 1 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
- 2 自立支援医療意見書（医師記載）
- 3 お子様の健康保険証（生活保護又は中国残留邦人等の方はその受給者証）
- 4 市民税等の確認のための同意書  
\*川口市に転入された方は時期によって前住所地の課税証明（非課税証明書）が必要になります。詳しくはお問い合わせください。
- 5 自立支援医療（育成医療）世帯調書

○所得区分・重度かつ継続の範囲

	市町村民税非課税		市町村民税所得割		
	収入≤80万	収入>80万	3万3千円未満	3万3千円以上 23万5千円未満	23万5千円以上
	一定所得以下		中間的な所得		一定所得以上
	「生保」 「中国」		「中間1」	「中間2」	「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円→5,000円	負担上限額 40,200円→10,000円 →<拡充した上で延長>	公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			重度 負担上限額 5,000円	かつ 負担上限額 10,000円	継続<延長> (経過措置) 負担上限額 20,000円

※所得区分を判定する「世帯」は、原則として加入する医療保険単位となります。

※「重度かつ継続」とは、腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）の方及び医療保険の多数該当の方が対象となります。

（医療保険の多数該当とは：申請前の1年間に同一の「世帯」で、3回以上高額療養費の支給を受けた場合）

※「低1」とは、「世帯」が市町村民税非該当であるほか、育成医療の対象となるお子さんの保護者全員がそれぞれ、公的年金・特別児童扶養手当等を含めた収入が80万円以下である場合となります。

事前申請が原則です。速やかに申請してください。

お問い合わせは下記連絡先までお願いいたします。

川口市役所 障害福祉課 支援係

TEL：048-259-7926（直通）

FAX：048-256-5650