

## 自立支援医療（育成医療）を申請される方へ

自立支援医療（育成医療）は事前申請が原則です。入院・手術・通院の予定が決まりましたら、できるだけ早く子ども総合センター（青戸）、各保健センター（金町・水元・新小岩）、堀切区民事務所または高砂区民事務所に申請してください。

### 1. 支給認定の対象

以下のすべての要件を満たす方が対象です。

- 治療開始日に18歳未満である方
- 下記の機能障害があり（放置すると将来機能障害を残すと認められるものを含む）、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、機能回復が見込まれる方
  - ①肢体不自由    ②視覚障害    ③聴覚・平衡機能障害    ④音声・言語・そしゃく機能障害
  - ⑤心臓機能障害    ⑥腎臓機能障害（腎移植術・透析療法のみ対象）    ⑦小腸機能障害
  - ⑧肝臓機能障害    ⑨その他の内臓障害    ⑩免疫機能の障害
- 住民税（市町村民税・特別区民税）所得割が23万5千円未満の方  
ただし、疾病が「重度かつ継続」に該当する場合は、23万5千円以上でも給付の対象となります。  
対象など、詳しくは別紙『所得の区分について』をご覧ください。

### 2. 申請時に必要なもの

《記入してお持ちいただくもの》

|                         |                                                                               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 自立支援医療（育成医療）<br>意見書     | <u>主治医に記入していただく書類です。</u><br>診断年月日から3カ月を超えている意見書は無効です。意見書を受け取られたら、速やかにご申請ください。 |
| 自立支援医療（育成医療）<br>支給認定申請書 | 申請者が記入してください。<br>「保険者名」は加入した医療保険の保険者名称（葛飾区や健康保険組合）をご記入ください。                   |
| 世帯・税額調書                 | 申請者が記入してください。<br>マイナンバーも忘れずに記入してください。                                         |

《ご用意していただくもの》 加入する健康保険組合によって必要な書類が異なります、ご注意ください。

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                   |                    |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 医療保険の資格を確認できる書類の写し      | ●対象者の保険が国民健康保険・国保組合 → 加入者全員分<br>●対象者の保険が社会保険・共済組合 → 被保険者と対象者本人分（2人分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                   |                    |                                   |
| 住民税（区市町村民税・特別区民税）課税証明書類 | 次のいずれかの住民税額を証明する書類をお持ちください。<br>●課税されている方 → 住民税納税額通知書の写しまたは住民税課税証明書<br>・対象者の保険が国民健康保険・国保組合の場合<br>→ 加入者全員のうち収入がある方の分<br>・対象者の保険が社会保険・共済組合の場合 → 被保険者の分のみ<br>●非課税の方 → 住民税非課税証明書（保護者全員の分が必要です）<br>【課税または非課税証明書の対象年度】 <table><tr><td>治療開始日が<br/>令和7年6月以前</td><td>令和6年度（令和6年1月1日に<br/>葛飾区に住民票があれば不要）</td></tr><tr><td>治療開始日が<br/>令和7年7月以降</td><td>令和7年度（令和7年1月1日に<br/>葛飾区に住民票があれば不要）</td></tr></table><br>●生活保護を受けている方 → 生活保護受給証明書 | 治療開始日が<br>令和7年6月以前 | 令和6年度（令和6年1月1日に<br>葛飾区に住民票があれば不要） | 治療開始日が<br>令和7年7月以降 | 令和7年度（令和7年1月1日に<br>葛飾区に住民票があれば不要） |
| 治療開始日が<br>令和7年6月以前      | 令和6年度（令和6年1月1日に<br>葛飾区に住民票があれば不要）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                   |                    |                                   |
| 治療開始日が<br>令和7年7月以降      | 令和7年度（令和7年1月1日に<br>葛飾区に住民票があれば不要）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                   |                    |                                   |

|                      |                                                                                                                                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人番号が確認できる書類         | 個人番号カード、個人番号が記載された住民票、通知カード（記載された氏名、住所等が住民票と一致しているもの）等いずれかのもの<br>※ 世帯調書で個人番号の記載対象となる方全員分が必要です。                                                          |
| 申請者（保護者）のご本人確認ができる書類 | 個人番号カードまたは以下のご本人確認ができる証明書や書類<br>① 公的機関が発行した顔写真入りのものであれば1点<br>例：運転免許証、パスポート、在留カードなど<br>② ①以外のものであれば2点<br>例：年金手帳、官公署又は公的機関が送付、発行した氏名、生年月日又は住所が記載されている書類など |

※保護者以外の方が代理人として申請する場合は、「代理人が申請する場合の委任状」が必要になりますので、ご連絡ください。

※医療保険の資格を確認できる書類の写し…医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し、もしくはマイナーポータルからダウンロードした「資格情報確認画面（別紙あり）」を印刷したもの。

《以下は該当する方のみご用意ください》

意見書などの様式は母子保健係 ☎ 3602-1387 へお問い合わせください。

|     |                                                                                                                                                                                                                |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工透析療法を受けている方…特定疾病療養受領証のコピー</li> <li>・免疫機能障害の方…免疫機能障害意見書（自立支援医療（育成医療）意見書に追加）</li> <li>・医療保険に多数該当する方…申請前12か月以内に、対象者と保険が同一加入関係にある方が、3か月以上高額療養費が支給されたことを証明する書類</li> </ul> |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3. 自己負担額について

育成医療を利用すると、医療費の自己負担が1割に軽減されます。また、所得や本人の障害に応じた自己負担上限額が設定されるので、ひと月の医療費負担が自己負担上限額を超えることはありません（㊤・㊦・㊧ 医療証をお持ちの場合は、自己負担額も㊤・㊦・㊧医療証で助成されます）。

なお、育成医療の対象は保険適用の治療です。差額ベッド代やおむつ代、食事代などは対象になりません。

### 4. 育成医療の利用中に変更があった場合の手続きについて

以下の手続きが必要ですので、お問い合わせの上、申請してください。

| 変更内容     | 必要書類                            |
|----------|---------------------------------|
| 保険の変更    | 変更届・変更後の医療保険の資格を確認できる書類の写し・受給者証 |
| 区内での住所変更 | 変更届・受給者証                        |
| 受給者証を紛失  | 再交付申請書                          |

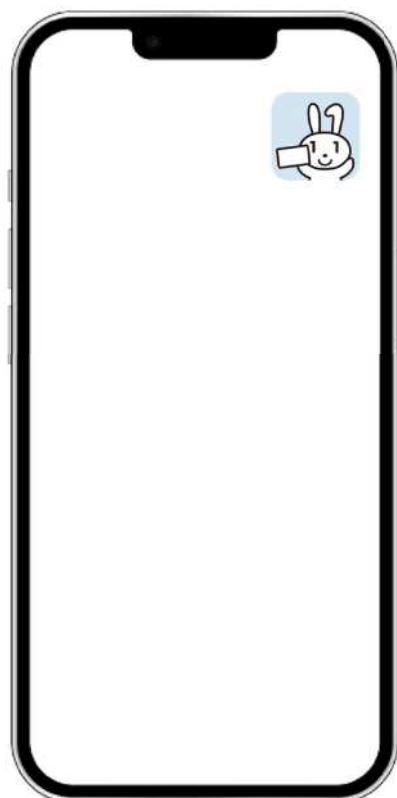
※区外に転出する場合は、転出先の保健所で再度の申請が必要です。

詳しくは転出先の保健所等にお問い合わせください。

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14  
健康プラザかつしか内 子ども総合センター  
子ども家庭支援課 母子保健係  
医療費助成担当 ☎03(3602)1387

## マイナポータルの特保者資格情報画面の表示方法

① お持ちのスマートフォン等で  
「マイナポータル」を起動します。



② ログインします。



③ 数字4桁の暗証番号を  
入力します。



④ マイナンバーカードの  
読み取りを行います。

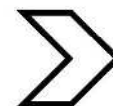


## マイナポータルの被保険者資格情報画面の表示方法

- ⑤ 「証明書」で「健康保険証」を選択します。



- ⑥ 被保険者資格情報画面が表示されます。



健康保険証

マイナナンバーカード利用 登録済

資格情報 令和5年12月24日時点

① この情報は画面下部から保存できます。

|         |  |
|---------|--|
| 区分      |  |
| 発行年月日   |  |
| 証号      |  |
| 番号      |  |
| 姓       |  |
| フリガナ    |  |
| 氏名      |  |
| 生年月日    |  |
| 性別      |  |
| 健康保険者団体 |  |
| 本人・家族の別 |  |
| 保険者番号   |  |
| 保険者名    |  |

表紙

|       |  |
|-------|--|
| 氏名(姓) |  |
| 氏名    |  |
| 性別    |  |

この画面を印刷してください

## ＜ 所得の区分について ＞

自立支援医療（育成医療）は、世帯の住民税（市町村民税・特別区民税）額によって自己負担上限額を決定します。この場合の「世帯」とは、自立支援医療（育成医療）を受診する方が加入している医療保険や課税状況によって異なります。

【社会保険・共済組合に加入している場合】

- 被保険者の方の住民税（市町村民税・特別区民税）額

【国民健康保険・国保組合に加入している場合】

- 一緒に国民健康保険に加入している方全員のうち、収入がある方の住民税（市町村民税・特別区民税）の合算額

【住民税非課税世帯の場合】

- 住民税（市町村民税・特別区民税）非課税世帯の場合は、加入している医療保険に関わらず保護者全員分の合算額

## ＜ 所得と障害、自己負担額との関係 ＞

| 一定所得以下       |                         |                         | 中間所得層                          |                                 | 一定所得以上                                         |
|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| 生活保護世帯       | 市町村民税非課税<br>本人収入 ≤ 80万  | 市町村民税非課税<br>本人収入 > 80万  | 市町村民税 < 3万3千<br>(所得割)          | 3万3千 ≤ 市町村民税 < 23万5千<br>(所得割)   | (23万5千 ≤ 市町村民税(所得割))                           |
| 生活保護<br>負担0円 | 低所得1<br>負担上限額<br>2,500円 | 低所得2<br>負担上限額<br>5,000円 | 中間所得層1<br>負担上限額<br>5,000円      | 中間所得層2<br>負担上限額<br>10,000円      | 一定所得以上<br>公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合<br>・負担限度額)    |
|              |                         |                         | 重<br>中間所得層1<br>負担上限額<br>5,000円 | 度<br>中間所得層2<br>負担上限額<br>10,000円 | かつ<br>続(※)<br>一定所得以上(経過措置)<br>負担上限額<br>20,000円 |

※「重度かつ継続」とは

以下の対象範囲に該当する方は、一定所得以上であっても育成医療の対象となる場合があります。該当すると思われる方は、別紙『自立支援医療（育成医療）を申請する方へ』をご参照の上、必要書類をご用意ください。

【対象範囲】

心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法を行う方）、腎臓機能障害（人工透析療法または腎臓移植術を行う方）、小腸機能障害（継続して中心静脈栄養法を行う方）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法を行う方）、免疫機能障害、医療保険多数該当（申請前の12カ月以内に、医療保険の世帯として3か月以上高額療養費の支給を受けた方）

〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14  
健康プラザかつしか内 子ども総合センター  
子ども家庭支援課 母子保健係  
医療費助成担当 ☎03(3602)1387

## 自立支援医療(育成医療)支給認定申請書

|                                                       |      |                                 |     |                |                 |                                       |  |
|-------------------------------------------------------|------|---------------------------------|-----|----------------|-----------------|---------------------------------------|--|
| フリガナ                                                  |      | (名)                             |     | 年 齢            | 歳               | 生 年 月 日                               |  |
| 住 所                                                   |      | 葛飾区                             |     | 丁 目            | 番 号             | 治療開始日時点で、<br>18歳未満であることを<br>確認してください。 |  |
| 保 護 者                                                 | フリガナ | (姓)                             | (名) | 生年月日           | 年 月             | 関 係                                   |  |
|                                                       | フリガナ | 郵便番号                            |     | 日中連絡           |                 |                                       |  |
| 保護者の被保険者<br>証の記号及び番号                                  |      | 記 号                             | 番 号 | 加入者(本<br>人を含む) |                 | 該 当 ・ 非該 当                            |  |
| 該当する所得区分<br>※2                                        |      | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |     |                | 重度かつ<br>継続※3    | 該 当 ・ 非該 当                            |  |
| 受診を希望する指<br>定自立支援医療機<br>関(薬局・訪問看護<br>事業者を含む)          |      | 医 療 機 関                         |     |                | 所 在 地 ・ 電 話 番 号 |                                       |  |
| 受給者番号 ※4                                              |      | 〇は書かなくても結構です。<br>(担当課で補記します)    |     |                |                 |                                       |  |
| 私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療(育成医療)の支給を申請します。 |      |                                 |     |                |                 |                                       |  |
| 年 月 日                                                 |      | 申請者氏名                           |     |                | ※5              |                                       |  |
| 葛飾区長殿                                                 |      |                                 |     |                |                 |                                       |  |

- ※1 受診者本人と異なる場合のみ記入。  
※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
※4 再認定の方のみ記入する。  
※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名  
のいずれかとする。

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 主管課印                  | 保健センター受付印 |
| 記入漏れがないように<br>お願いします。 |           |

ここから下の欄には記入しないでください。

## 主管課記入欄

|        |                                                                 |           |              |
|--------|-----------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| 前回所得区分 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上                                 | 重度かつ継続    | 該 当 ・ 非該 当   |
| 今回所得区分 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上                                 | 重度かつ継続    | 該 当 ・ 非該 当   |
| 所得確認書類 | 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税 標準負担額減額認定証<br>生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( ) |           |              |
| 疾病コード  | 補 装 具                                                           | 有 ・ 無     | 新規 ・ 継続      |
| 前回認定期間 | 年 月 日～ 年 月 日                                                    | 入 院       | 日 通 院 月 回 日  |
| 初回交付日  | 年 月 日                                                           | 受 給 者 番 号 |              |
| 今回交付日  | 年 月 日                                                           | 今回認定期間    | 年 月 日～ 年 月 日 |

申請書交付方法 窓口 ・ 郵送

自立支援医療(育成医療)意見書

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| フリガナ氏名                                                                                                                                               | <div>指定医療機関の主治医が記入します。</div>                                                                                                            |                                                                                                                          |  |
| 病名                                                                                                                                                   | (先天性・後天性)                                                                                                                               |                                                                                                                          |  |
| 機能障害の状況                                                                                                                                              | 現存する(又は現在の疾患を放置すると将来起こり得る)障害について、該当する番号に○印をつけて下さい。<br>※1～10のいずれかに該当する方のみが対象となります。(○印は1つのみでお願いします。)                                      |                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                      | 1 肢(し)体不自由<br>2 視覚障害<br>3 聴覚・平衡機能障害<br>4 音声・言語・そしゃく機能障害<br>5 心臓機能障害<br>6 腎臓機能障害<br>7 小腸機能障害<br>8 肝臓機能障害<br>9 その他の内臓障害<br>10 免疫の機能障害(注1) |                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                      | 左記障害による不自由の状況を具体的にお書きください。                                                                                                              |                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |                                                                                                                          |  |
| 治療                                                                                                                                                   | 具体的な治療方針(注2)                                                                                                                            | 治療用補装具(有・無) *「1 肢体不自由」のみ 装具名:                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                      | 治療見込期間                                                                                                                                  | 入院治療期間 _____ 日間(A) } 通算(A+B)<br>通院治療回数及び期間(延べ日数) 月 _____ 回延べ _____ 日間(B) }<br>※診療実日数ではなく通院開始から終了までの日数を記入してください。 _____ 日間 |  |
|                                                                                                                                                      | 治療費用の見込額                                                                                                                                | 入院治療費 _____ 円 } 計 _____ 円<br>通院治療費 _____ 円 }                                                                             |  |
|                                                                                                                                                      | 入院予定年月日 _____ 手術予定年月日 _____ 通院開始予定年月日 _____<br>年 月 日 年 月 日 年 月 日                                                                        |                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                      | 訪問看護の有無等                                                                                                                                | 有・無 訪問看護予定回数及び期間(延べ日数) _____ 週 _____ 回延べ _____ 日間<br>訪問看護開始予定年月日 _____ 年 月 日                                             |  |
| 治療により機能障害が回復する見込み                                                                                                                                    | 1 見込みあり      2 やや見込みあり      3 見込みなし<br>※該当する番号に○印を付けてください。                                                                              |                                                                                                                          |  |
| 移送費見込額                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |                                                                                                                          |  |
| 上記のとおり診断する。<br>診断年月日(注3) _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>指定自立支援医療機関名 (〒 _____ ) _____ 医療機関コード _____<br>及び所在地 _____<br><br>診療科及び医師氏名 _____ 科 _____ 印 _____ |                                                                                                                                         |                                                                                                                          |  |

|           |       |                   |   |
|-----------|-------|-------------------|---|
| 会計確認欄(注4) | 担当者所属 | 氏名                | 印 |
|           | 確認年月日 | 年 _____ 月 _____ 日 |   |

(注) 1 免疫の機能障害の場合、「免疫の機能障害意見書」をこの自立支援医療(育成医療)意見書に添付してください。  
2 「肢(し)体不自由」に該当する場合は、治療用補装具の有無及び名称を必ず記入して下さい。  
3 意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3カ月以内となります。  
4 会計の確認を必ず受けてください。

## 世帯・税額調書

(育成医療)

## 記入例

\*税額照会者とは・・・社保→被保険者のみ 国保(国

| 保険種別                                                                          | * 国保・社保・国保組合・その他    |       |                                          |                         |      |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|------------------------------------------|-------------------------|------|-------------------------------------|
|                                                                               | *国保被保険者番号(記号 — 番号 ) |       |                                          |                         |      |                                     |
| 「世帯」員氏名                                                                       | 続柄                  | 税額照会者 | 区民税額<br>未申告の場合は(未)と記入<br>(税額証明欄に○のある方のみ) |                         | 障害年金 | 個人番号(12桁)<br>社保→本人と被保険者<br>国保→加入者全員 |
|                                                                               |                     |       | ★所得割                                     | 均等割<br>★(所得割)が0円の場合のみ記入 |      |                                     |
| 葛飾 花子                                                                         | 本人                  |       | 円                                        | 円                       | 級    | ○○○○○○○○○○○○○○                      |
| 葛飾 太郎                                                                         | 父                   |       | 円                                        | 円                       |      | ○○○○○○○○○○○○○○                      |
| 葛飾 桃子                                                                         | 母                   |       | 円                                        | 円                       |      |                                     |
| 葛飾 次郎                                                                         | 兄                   |       | 円                                        | 円                       |      |                                     |
|                                                                               |                     |       | 円                                        | 円                       |      |                                     |
|                                                                               |                     |       | 円                                        | 円                       |      |                                     |
|                                                                               |                     |       | 円                                        | 円                       |      |                                     |
| 「世帯」の所得割・均等割<br>*(未)は0として計算する。                                                |                     |       | A                                        | B                       |      |                                     |
| 「世帯」の税額<br>Aの額あり→Aの額のみ<br>Aは0円でBの額あり→無記入<br>*この時点で「中1」に決定<br>A・Bともに0円→(非課税)   |                     |       |                                          |                         |      |                                     |
| 「重度かつ継続」                                                                      |                     |       | 有 ・ 無                                    |                         |      |                                     |
| 所得区分                                                                          |                     |       | 低2 ・ 中1 ・ 中2 ・ 一定以上                      |                         |      |                                     |
| 国保給付金申請                                                                       |                     |       | 有 ・ 無                                    |                         |      |                                     |
| 期間                                                                            |                     |       | 月 日～ 年 月 日)                              |                         |      |                                     |
| 同意                                                                            |                     |       |                                          |                         |      |                                     |
| 自立支援医療費(育成医療)支給認定にあたり、子ども家庭支援課長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳及び国民健康保険資格台帳を閲覧することに同意します。 |                     |       |                                          |                         |      |                                     |
| 申請者 氏 名                                                                       |                     |       |                                          |                         |      |                                     |

太枠内を記入してください。

個人番号(12桁)を記入してください。  
社保は本人と被保険者のみ  
国保は加入者全員になります。

書き漏れがないようお願いします。