

医療費

医療費

1 重度障がい者医療費支給制度

重度障がい者の保険等による医療費の自己負担分を助成する制度です。65歳以上の方は後期高齢者医療制度の適用を受けていないと対象になりません。

※本人及び家族の所得状況により、医療費の助成を受けられない場合もあります。

[対象者]

1～4のいずれかに該当する小学校就学後の重度障がい者

1	身体障がい者手帳1級又は2級の交付を受けている人
2	知的障がいの状態が知能指数35以下の人 ・療育手帳「A」の人 ・国民年金法による障害基礎年金1級の受給者で傷病名が知的障がいまたは精神遅滞の人 ・特別児童扶養手当法による特別児童扶養手当1級の受給者で傷病名が知的障がいまたは精神遅滞の人 ・児童相談所または障がい者更生相談所の判定書が「重度」の人
3	身体障がい者手帳3級の交付を受けている人で、知能指数36以上50以下の人(療育手帳A3)
4	精神障がい者保健福祉手帳1級の交付を受けている人

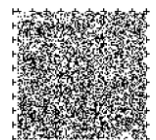
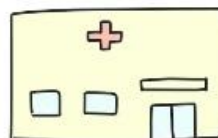
[申請に必要なもの]

- (1)健康保険の資格確認書、資格情報のお知らせ等、資格の確認ができるもの
- (2)障がい者手帳
- (3)マイナンバー等

[問い合わせ先] 医療保険課

電話 0948-22-5500(内 1033・1034) ファックス 0948-25-0560

メールアドレス iryou@city.iizuka.lg.jp



2 後期高齢者医療制度の適用

障がい者手帳をお持ちの方のうち、次の方は65歳から後期高齢者医療制度に加入することができます。後期高齢者医療制度の被保険者と「なる」か「ならない」かは選択することができます。一人ひとり状況が違いますので、下記までお問合せください。適用は申請を行った日からとなります。

[対象者]

1	身体障がい者手帳1級～3級の交付を受けている人
2	身体障がい者手帳4級の交付を受けている人のうち ・音声機能又は言語障がいに該当する人 ・下肢障がいの1号、3号、4号のいずれかに該当する人
3	療育手帳Aの交付を受けている人
4	精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級の交付を受けている人
5	国民年金法による障害年金1級又は2級に該当する人

[申請に必要なもの]

- (1)健康保険の資格確認書、資格情報のお知らせ等、資格の確認ができるもの
- (2)障がいの程度を証明するもの(障がい者手帳など)
- (3)マイナンバー等
- (4)年金証書 ※上記[対象者]の5に該当する方のみ

[問い合わせ先] 医療保険課

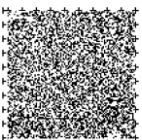
電話 0948-22-5500(内 1033・1034) ファックス 0948-25-0560
メールアドレス iryou@city.iizuka.lg.jp

3 難病医療費助成制度

原因が不明で治療方法が確定していない、いわゆる難病のうち厚生労働省が定める指定難病について、医療費の一部を公費で助成する制度です。詳しくは下記までおたずねください。

[問い合わせ先] 福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 健康増進課 健康増進係

飯塚市新立岩 8-1
電話 0948-21-4815 ファックス 0948-24-0186
メールアドレス kahokurate-hhe@pref.fukuoka.lg.jp



自立支援医療

県が指定する医療機関で受けた医療費の一部を公費で負担する制度です。更生医療、育成医療、精神通院医療の3つの制度があり、事前に申請していただく必要があります。

1 更生医療

障がいの軽減や日常生活能力、社会生活能力、または職業能力の回復等を目的とした医療制度です。医療機関は指定されています。

[対象者]

満18歳以上で身体障がい者手帳の交付を受けている人

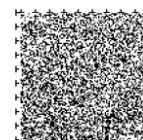
※該当する医療の内容は、おおむね次のとおりです。

肢体不自由	変形、麻痺、運動失調等に関する手術や手術に伴うリハビリ
視覚障がい	白内障手術、角膜移植手術等
聴覚障がい	人工内耳植え込み術等
音声・言語・そしゃく機能障がい	口唇・口蓋形成術等
心臓機能障がい	手術とそれに伴う医療。ただし、該当しない手術もあります。
腎臓機能障がい	血液透析、CAPD、腎移植術とそれに伴う医療等
肝臓機能障がい	肝移植術とそれに伴う医療等
小腸機能障がい	小腸機能障がいに対する中心静脈栄養法及びこれに伴う医療等
免疫機能障がい	抗HIV療法等

[申請に必要なもの]

(1)意見書 (2)身体障がい者手帳 (3)印かん (4)健康保険の資格確認書、資格情報のお知らせ等、資格の確認ができるもの(5)特定疾病療養受療証 ※お持ちの方のみ (6)マイナンバー等 (7)障害年金・遺族年金等非課税収入がある場合、直近1年間の収入の分かるもの(振り込み通知のはがき又は年金が振り込まれている通帳)

[問い合わせ先] 社会・障がい者福祉課 障がい者福祉係
電話 0948-22-5507 ファックス 0948-21-6356
メールアドレス shakai@city.iizuka.lg.jp



2 育成医療

18歳未満の児童を対象とした、障がいの進行の予防や、障がいの軽減を目的とする医療制度です。医療機関は指定されています。

【対象者】

障がいをもつ児童又は現在かかっている疾患を放置すると、将来一定の障がいを残すと認められる児童であって確実な治療効果が期待できる人
該当する疾病は次のとおりです。

1	肢体不自由
2	視覚障がい
3	聴覚・平衡機能障がい
4	音声・言語・そしゃく機能障がい
5	心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能障がい
6	その他の内臓障がい。呼吸機能・直腸機能・その他の先天性内臓疾患等
7	免疫機能障がい

【申請に必要なもの】

(1)意見書 (2)印かん (3)健康保険の資格確認書、資格情報のお知らせ等、資格の確認ができるもの※児童と保護者の両方 (4)マイナンバー等(5)保護者に障害年金・遺族年金等非課税収入がある場合、直近1年間の収入の分かるもの(振り込み通知のはがき又は年金が振り込まれている通帳)

【問い合わせ先】 社会・障がい者福祉課 障がい者福祉係
電話 0948-22-5507 ファックス 0948-21-6356
メールアドレス shakai@city.iizuka.lg.jp

3 精神通院医療

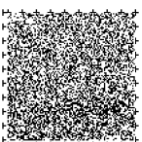
精神障がいのデイ・ケア、訪問看護を含む通院医療を受ける場合に費用の一部を助成する制度です。医療機関は指定されています。

【対象者】 統合失調症、うつ病などの気分障がいやその他の精神疾患を有する人

【申請に必要なもの】

(1)診断書 (2)印かん (3)健康保険の資格確認書、資格情報のお知らせ等、資格の確認ができるもの(4)マイナンバー等 (5)障害年金・遺族年金等非課税収入がある場合、直近1年間の収入の分かるもの(振り込み通知のはがき又は年金が振り込まれている通帳)

【問い合わせ先】 社会・障がい者福祉課 障がい者福祉係
電話 0948-22-5507 ファックス 0948-21-6356
メールアドレス shakai@city.iizuka.lg.jp



4 自立支援医療費の自己負担

原則として1割が自己負担となります。ただし、利用者負担が過大にならないよう、所得に応じて1月当たりの自己負担額の上限が決められています。費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない重度かつ継続者、育成医療の中間所得者については、軽減措置が実施されています。
 なお、更生医療・育成医療の入院時の食事相当額については、原則自己負担となります。

[医療費の負担上限額]

区分	対象となる世帯 ※同じ医療保険に加入している 家族を世帯とします。	上限額(月額)				
生活保護	生活保護世帯の人	自己負担なし				
低所得1	住民税非課税世帯で、障がい者の年収が80万円以下の人 ※18歳未満の方、保護者の年収が80万円以下の人	2,500円				
低所得2	住民税非課税世帯で、低所得1に該当しない人	5,000円				
中間所得1	住民税課税世帯で住民税額(所得割)が3万3千円未満の人	医療保険の自己負担限度額	育成医療の経過措置	5,000円	重度かつ継続	5,000円
中間所得2	住民税課税世帯で住民税額(所得割)が3万3千円以上23万5千円未満の人			10,000円		10,000円
一定所得以上	住民税課税世帯で住民税額(所得割)が23万5千円以上の人	自立支援医療費支給の対象外			重度かつ継続	20,000円(経過措置)

[重度かつ継続の範囲]

○疾病、症状等から対象となる人

- 【精神通院】 ①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障がい、依存症等の薬物関連障がいの人
 ②精神医療に3年以上の経験を有する医師が判断した人

- 【更生・育成】 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・移植後の抗免疫療法を必要とする肝臓機能障がい又は心臓機能障がい

[問い合わせ先] 社会・障がい者福祉課 障がい者福祉係
 電話 0948-22-5507 ファックス 0948-21-6356
 メールアドレス shakai@city.iizuka.lg.jp

