

自立支援医療(更生医療)の申請に必要なもの

- 1 自立支援医療(更生医療)申請書、同意書兼世帯状況申出書《自立支援医療費(更生医療)》
- 2 自立支援医療(更生医療)意見書、費用明細表(指定医療機関で証明を受けてください。)
- 3 保険情報が確認できるもの(生活保護の方は不要です。)
- 4 特定疾病療養受療証

(人工透析が必要な慢性腎不全等の場合。加入の健康保険で発行。生活保護の方は不要です。)

5 個人番号カード

※5について、必要な書類の準備が困難な場合は申請時にお伝えください。その場合でも申請手続き可能です。

○ 郵送での手続きも可能です。

申請書及び同意書の必要事項に記入のうえ、意見書・費用明細表・保険情報が確認できるもののコピー・特定疾病療養受療証をお持ちの方は受療証のコピーを添えて障害福祉課宛に送付ください。

(注)所得制限があります。

腎臓・免疫・肝臓機能障害以外の方及び医療保険多数該当**以外**の方で

○申請者及び申請者と同じ健康保険に加入している家族全員(社会保険等加入の場合は被保険者)の合計の市民税所得割額が23万5千円以上の場合は自立支援医療の対象外になります。

○申請者が70歳以上等かつ健康保険で自己負担が1割になっている場合で、同じ健康保険に加入している全員が市民税課税世帯の場合は、自立支援医療でも自己負担が1割で、医療保険での1か月間の自己負担限度額と同じになるため、手続きいただく必要はありません。(身体障害者手帳との同時申請は除く)

詳細は、茨木市 障害福祉課までお問い合わせ下さい。

(裏面に続く)

自立支援医療(更生医療)について

○18 歳以上の身体障害者の日常生活能力や職業能力を回復、改善するために、障害の程度を軽くしたり、取り除いたり、あるいは障害の進行を防ぐことを目的として行われる医療給付です。

対象となる医療費が1割負担になるほか、受診者の所得区分や疾病等に応じて月額自己負担上限額が定められるため、医療費の負担軽減ができます。(自己負担上限額については下記表参照)

(身体障害者手帳を持っていない場合は、更生医療と同時に身体障害者手帳を申請することが出来ます。)

○対象となる障害

- 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内臓障害(心臓、腎臓、小腸、肝臓機能に限る) ⑥ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害

○更生医療の指定を受けた医療機関(病院・薬局・訪問看護ステーション)での受診が対象となります。

○1ヶ月あたりの自己負担上限額及び所得制限について

市町村民税非課税			市町村民税課税		
生保	収入が80万9千円/年以下	収入が80万9千円/年を超える	市民税所得割3万3千円/年未満	市民税所得割3万3千円/年以上、23万5千円未満	市民税所得割23万5千円/年以上
(生保)	(低1)	(低2)	(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 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外(医療保険の負担割合・負担限度額)
			重度かつ継続		
			負担上限 5,000円	負担上限 10,000円	負担上限 20,000円

※ 市民税非課税世帯の収入とは、次に掲げるものの合計額です。

- ① 地方税法に規定する合計所得金額
- ② 所得税法に規定する公的年金等の収入金額
- ③ その他厚生労働省令で定める収入(※障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等)

※ 申請者の「世帯」(住民票上の世帯に関わりなく、同一健康保険に加入しているもの)の収入により1ヶ月あたりの自己負担上限額が決められます。

※ 更生医療における「**重度かつ継続の医療**」は以下のとおりです。

○免疫機能障害に関する医療、腎臓機能障害に関する人工透析療法、腎臓移植後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓移植後の抗免疫療法、肝臓移植後の抗免疫療法

○高額な医療費負担が継続する場合(医療保険多数該当)

※ 申請者の属する「世帯」が直近一年間において3回以上高額療養費制度の適用を受けた場合を指します。

<お問い合わせ先及び申請先>

茨木市 福祉部 障害福祉課(茨木市役所 南館2階 17番窓口)

〒567-8505 茨木市駅前三丁目8番13号

直通電話 072-620-1636 FAX 072-627-1692

メールアドレス syogaifukushi@city.ibaraki.lg.jp

平日8:45~17:15(土・日・祝日・年末年始休み)