

7 医療

重度心身障がい者(児)医療費助成

身 知 精

医療保険適用の医療や調剤を、定額の自己負担金(300円又は無料)で受けることができます。

| 対象者 | 助成内容 | | | | |
|---|---|--------|------|---------|----|
| <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 1級、2級 ・療育手帳 ①、②の1、②の2、Aの1、Aの2 ・精神障害者保健福祉手帳 1級 <p>かつ、次の①～⑤すべてに該当している方</p> <p>①64歳までに上記の手帳を取得された方</p> <p>ただし、平成27年7月31日までに重度の身体障害者手帳または療育手帳を取得している方は、65歳以上でも対象となります。</p> <p>②子ども医療費の助成を受けていない方(子ども医療が優先)</p> <p>③ひとり親家庭等医療費助成を受けていない方(ひとり親医療が優先)</p> <p>④鎌ケ谷市に住民票がある方</p> <p>(住民票は他市でも、鎌ケ谷市の国保の加入者や鎌ケ谷市で後期高齢者医療の住所地特例の手続きを行った方、鎌ケ谷市で福祉サービスを受けている方は対象)</p> <p>⑤生活保護世帯でない方</p> <p>⑥同一保険世帯員の市民税所得割額(合算額)が 235,000 円未満。(ただし、高額治療継続者は市民税額に関わらず該当)</p> | <p><u>通院1回、入院1日につき</u></p> <p>市民税所得割が</p> <table border="1"> <tr> <td>課税世帯の方</td><td>300円</td></tr> <tr> <td>非課税世帯の方</td><td>無料</td></tr> </table> <p>の自己負担金で治療を受けられます。</p> <p>【補足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調剤代(薬代)は課税状況に関わらず無料です。 ・障がいに関する医療でなくても、医療保険適用の医療や調剤であればすべて対象となります。 | 課税世帯の方 | 300円 | 非課税世帯の方 | 無料 |
| 課税世帯の方 | 300円 | | | | |
| 非課税世帯の方 | 無料 | | | | |
| 必要書類 | <p>① 申請書 ② 障害者手帳(コピー可)</p> <p>③ 通知カードまたはマイナンバーカードもしくは保険証(コピー可) ④ 本人名義の通帳(コピー可)</p> | | | | |
| 助成方法 | <p>申請後、市から受給券を郵送します。</p> <p>通常 受給券を、病院、薬局の窓口でご提示ください。 上記の自己負担金のための支払いになります。</p> <p>例外 医療機関で受給券を提示できなかった場合(領収書による償還払い) 障がい福祉課に①領収書と②医療費助成申請書をご提出ください。 →後日、市から口座へ助成金を振り込みます。</p> <p>※できるだけ数か月分をまとめてご提出ください。 ※領収日から2年以内 ※毎月月末(休日などの場合は後営業日)までにご提出いただいた分を、翌月末日(休日等の場合は前営業日)に振り込みます。なお、高額療養費が発生する場合は申請から振込まで2～3か月要する場合があります。</p> | | | | |
| その他 | <p>受給券が利用できない医療機関 →上記例外のお手続きをお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・千葉県外の医療機関 ・千葉県と本制度の契約をしていない医療機関 ・はり灸、あん摩マッサージ ・コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作成した場合 <p>県内のみ使用可</p> | | | | |
| 窓 口 | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) | | | | |

自立支援医療(精神通院)国

精

精神疾患の通院にかかる医療費(薬代含む)の自己負担が1割に軽減されます。

| 対象者 | | 対象医療 | 給付内容 |
|--|---|---|---|
| 精神疾患で通院による精神医療を続ける必要がある方 【主な対象精神疾患】 ・統合失調症 ・うつ病 ・双極性感情障害 ・気分変調症 ・てんかん ・認知症 ・依存症等 | | 精神疾患による通院の医療 (薬、デイケア、訪問看護を含む) ※入院は対象外 | ・自己負担が1割に軽減 ・さらに、市民税課税額に応じた負担上限月額が設定され、それを超える自己負担は免除になります。(下表参照) |
| 負担上限月額 ※受給者証に記載されます | 区分 | 世帯の市民税所得割額(合計) | 負担上限月額 |
| | 一定以上 | 235,000 円以上 | 制度の対象外 (重度かつ継続の方は 20,000 円) |
| | 中間2 | 33,000 円以上 235,000 円未満 | 医療保険の負担限度額 (重度かつ継続の方は 10,000 円) |
| | 中間1 | 33,000 円未満 | 医療保険の負担限度額 (重度かつ継続の方は 5,000 円) |
| | 低所得2 | 0 円(非課税)で 本人収入が 80 万円を超える | 5,000 円 |
| | 低所得1 | 0 円(非課税)で 本人収入が 80 万円以下 | 2,500 円 |
| | 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0 円 |
| | ※「重度かつ継続」は、高額治療継続が必要となる特定の疾患です。多くの精神疾患が該当します。 ※中間1には、市民税均等割のみ課税の世帯も含まれます。 | | |
| 必要書類 | ①申請書 ②診断書(2年に1度の提出。下記※をご参照ください) ③保険証 ④個人番号通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード) ⑤印鑑【本人以外の方が申請する場合のみ】 ⑥自立支援医療受給者証(精神通院)【更新又は変更の方のみ】 ⑦障害年金の振込通知書【障害年金受給中の方のみ】 ⑧課税証明書又は非課税証明書【鎌ヶ谷市で課税状況の確認ができない方のみ】 | | |
| | ※②診断書の提出が不要な方 前年に提出した方(①受給者証に「医療用(1年目)」と記載があり、かつ有効期間が終了していない方、又は②受給者証に「手帳用(1年目)」と記載があり、かつ手帳の有効期限内の方) | | |
| 助成方法 | ・申請後、約2か月後に市から受給者証が郵送されますので、 受給者証を、保険証と一緒に、病院、薬局の窓口でご提示ください。 | | |
| 窓 口 | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話047-445-1307 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) | | |




| |
|------------|
| 目次 |
| 1 制度一覧 |
| 2 障害者手帳 |
| 3 障害福祉サービス |
| 4 補装具 |
| 5 日常生活用具 |
| 6 手当・年金等 |
| 7 医療 |
| 8 税金、公共料金 |
| 9 交通機関 |
| 10 日常生活支援 |
| 11 障がい別支援 |
| 12 障がい別支援 |
| 13 就労支援 |
| 14 選挙 |
| 15 相談 |
| 16 施設 |
| 17 関係機関 |
| 18 シンボルマーク |
| 19 マチンバー |
| 関連 |

自立支援医療(更生医療)国

身

身体障がい除去、軽減のための医療費(薬代含む)の自己負担が1割に軽減されます。

| 対象者 | 対象医療 | 給付内容 |
|--|--|---|
| 18歳以上の身体障害者 手帳所持者 | じん臓機能障害に対する人工 透析療法、じん臓移植及びそ れらに伴う医療、抗HIV療法な ど | ・自己負担が1割に軽減 ・さらに、市民税課税額に応じた負担上限月額 が設定され、それを超える自己負担は免除に なります。(下表「負担上限月額」参照) |
| 負担上限 月額 ※受給者証 に記載され ます。 | 区分 | 世帯の市民税所得割額(合計) |
| | 一定以上 | 235,000 円以上 |
| | 中間2 | 33,000 円以上 235,000 円未満 |
| | 中間1 | 33,000 円未満 |
| | 低所得2 | 0 円(非課税)で 保護者収入が 80 万円を超える |
| | 低所得1 | 0 円(非課税)で 保護者収入が 80 万円以下 |
| | 生活保護 | 生活保護受給世帯 |
| 負担上限月額 | | |
| 制度の対象外 (重度かつ継続の方は 20,000 円) | | |
| 制度の対象外 (重度かつ継続の方は 10,000 円) | | |
| 制度の対象外 (重度かつ継続の方は 5,000 円) | | |
| 5,000 円 | | |
| 2,500 円 | | |
| 0 円 | | |
| ※「重度かつ継続」は、高額治療継続が必要となる特定の疾患です。腎臓、免疫、小腸、肝臓、一部の心臓の疾患が該当します。 | | |
| ※中間1には、市民税均等割のみ課税の世帯も含まれます。 | | |
| 必要書類 | ①申請書 ②自立支援医療要否意見書 ③保険証 ④個人番号通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード) ⑤印鑑【本人以外の方が申請する場合のみ】 ⑥特定疾病療養受領証【お持ちの方のみ】 | |
| 助成方法 | <p>・申請後、市から受給者証を郵送します。</p> <p>・受給者証を、保険証、特定疾病療養受領証(お持ちの方のみ)と一緒に、病院、薬局の窓口でご提示ください。</p> <p>→自己負担が1割になります。</p> <div> <div>特定疾病療養受領証</div> <div>保険証</div> <div>更生医療受給者証</div>  </div> | |
| 窓 口 | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2階) 電話 047-445-1307 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) | |

例) 血液透析
(じん臓機能障がい)



例) 抗 HIV 療法
(免疫機能障がい)



自立支援医療(育成医療)国

身

身体障がいがある児童又はそのまま放置すると将来障がいを残すと認められる疾患のある児童の障がいを除去、改善するための医療費(薬代含む)の自己負担が1割に軽減されます。

| 対象者 | | 対象医療 | 給付内容 |
|---|---|-------------------------------|---|
| 次の①②どちらにも該当する児童 ①18歳未満 ②身体に障がいのある又は放置すると将来障がいが残ると認められ、手術等により障がいの改善が見込まれる方 | | 肢体不自由、視覚障害、心臓機能障害などによるもの | ・自己負担が1割に軽減 ・さらに、市民税課税額に応じた負担上限月額が設定され、それを超える自己負担は免除になります。(下表「負担上限月額」参照) |
| 負担上限月額 ※受給者証に記載されます | 区分 | 世帯の市民税所得割額(合計) | 負担上限月額 |
| | 一定以上 | 235,000 円以上 | 制度の対象外 (重度かつ継続の方は 20,000 円) |
| | 中間2 | 33,000 円以上 235,000 円未満 | 10,000 円 |
| | 中間1 | 33,000 円未満 | 5,000 円 |
| | 低所得2 | 0 円(非課税)で 保護者収入が 80 万円を超える | 5,000 円 |
| | 低所得1 | 0 円(非課税)で 保護者収入が 80 万円以下 | 2,500 円 |
| | 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0 円 |
| | ※「重度かつ継続」は、高額治療継続が必要となる特定の疾患です。詳細はお問い合わせください。 ※中間1には、市民税均等割のみ課税の世帯も含まれます。 | | |
| 必要書類 | ①申請書 ②自立支援医療(育成医療)意見書 ③保険証 ④個人番号通知カード又は個人番号カード(マイナンバーカード) ⑤印鑑【本人以外の方が申請する場合のみ】 ⑥特定疾病療養受療証【お持ちの方のみ】 ⑦課税証明書又は非課税証明書【鎌ヶ谷市で課税状況の確認ができない方のみ】 | | |
| 助成方法 | ・申請後、市から受給者証を郵送します。 ・ <u>受給者証を、保険証、特定疾病療養受療証(お持ちの方のみ)と一緒に、病院、薬局の窓口でご提示ください。</u> →自己負担が1割になります。 | | |
| 窓 口 | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2 階) 電話047-445-1307 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) | | |

育成医療
受給者証



特定疾病
療養受療証



| |
|-------------|
| 目次 |
| 1 制度一覧 |
| 2 障害者手帳 |
| 3 障害福祉サービス |
| 4 補装具 |
| 5 日常生活用具 |
| 6 手当・年金等 |
| 7 医療 |
| 8 税金・公共料金 |
| 9 交通機関 |
| 10 日常生活支援 |
| 11 障がい別支援 |
| 12 障がい別支援 |
| 13 就労支援 |
| 14 選挙 |
| 15 相談 |
| 16 施設 |
| 17 関係機関 |
| 18 シンボルマーク |
| 19 マイナンバー関連 |

精神障がい者医療費助成 市

精

精神疾患により1か月以上入院している方の医療自己負担額の 1/3 が助成されます。

| 対象者 | | 助成内容 |
|---|--|---|
| 精神疾患により1か月以上継続して入院している方で、次の①～③すべてに該当する方 | | 健康保険適用の医療費の自己負担額のうち1/3を助成 (月額限度額 17,000 円) (食事療養費、付加給付等を除く) |
| ① 国保、社保、共済組合、後期高齢者医療制度等の保険に加入中で、鎌ヶ谷市に1年以上住民登録がある方 | | |
| ② 生活保護を受給されていない方 | | |
| ③ 重度心身障がい者(児)医療費助成の適用を受けていない方 | | |
| 必要書類 | ① 申請書 ②領収書 ③通知カードまたはマイナンバーカードもしくは保険証(コピー可) ④ 通帳(コピー可。本人名義。保護者名義でも可) | |
| その他 | 所得制限有り。本人及び保護者の市民税所得割額が 100,000 円未満であること。 | |
| 窓 口 | 障がい福祉課(総合福祉保健センター2 階) 電話 047-445-1305 FAX 047-443-2233(聴覚・言語障がい者専用) | |



後期高齢者医療制度の早期加入 国

身 知 精

一定の障がいがある方は、通常75歳から加入する後期高齢者医療制度に65歳から加入できます。

| 対象者 | | 制度内容 |
|---|--|-------------------------------------|
| 65歳から74歳までの方で、次の①～④のいずれかに該当する方 ① 身体障害者手帳1～3級および4級の一部(音声、言語、下肢1,3,4号) ② 療育手帳 A 以上 ③ 精神障害者保健福祉手帳 1級、2級 ④ 国民年金証書1級、2級(障害基礎年金等) | | 医療費の自己負担の割合が、所得に応じて1割、2割または3割になります。 |
| 必要書類 | ① 申請書 ②障害者手帳又は障害年金証書等 ③マイナンバーがわかるもの | |
| その他 | 保険料や給付等の内容が現在の保険と異なるので、事前に担当窓口へご確認ください。障害者手帳等に有効期限があり、その更新時に75歳未満の場合、届出が必要になります。加入した後も、75歳になるまでの間は脱退することができますが、遡っての脱退はできません。 | |
| 窓 口 | 保険年金課(市役所1階) 電話 047-445-1207 FAX 047-445-1400 | |

特定疾病療養受療証 国

身

人工透析等の医療費の自己負担限度額が月 10,000 円になります。※医療機関、調剤薬局ごとに負担

| 対象者 | | 制度内容 |
|--------------------------------------|--|---|
| 次の①～③のいずれかに該当する方 | | 医療機関で提示すると、医療費の自己負担限度額が、月 10,000 円になります。 ※人工透析を受ける70歳未満の方は所得により月 20,000 円になる場合あり |
| ① 人工透析の必要な慢性腎不全 | | |
| ② 先天性血液凝固因子障がいの一部(血友病) | | |
| ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV 感染を含む) | | |
| 窓 口 | ・国民健康保険、後期高齢者医療制度加入の方 …保険年金課(市役所 1 階) 電話 047-445-1204・1207 FAX 047-445-1400 ・社会保険の方…加入している健康保険組合 | |