

6 医療

重度障害者医療費助成 身 知 精

内容 重度の障害のある方が、保険診療を受けた場合に、医療費の一部を助成します。また、コルセットなどの補装具を作製した場合も医療保険が適用ならば助成できます。

なお、入院時食事療養費、介護保険サービスを利用したときの自己負担金は対象となりません。償還払い方式と現物給付方式があります。

対象

- ①身体障害者手帳 1 2 級
- ②療育手帳 AからAの2
- ③精神障害者保健福祉手帳 1 級
- ④身体障害者手帳 3 級と療育手帳Bの1 の重複

※手帳交付日の翌月一日（転入者は転入日）の診療分から対象となります。

※ ただし、65 歳以上 75 歳未満で新規重度障害に該当した方は、後期高齢者医療制度に加入した日の翌月 1 日から助成の対象となります。

助成額 保険診療の自己負担金のうち、自己負担金及び医療保険から支給される分（高額療養費、附加給付金など）を除いた金額を助成。保険調剤（薬）は無料。

必要書類 新規申請時は、次のものをお持ちください。

- ①障害者手帳 ②健康保険証 ③申請書 ④個人番号（マイナンバー）が確認できるもの⑤課税 非課税証明書（1 月 1 日 現在、浦安市に住民登録がされていない方で、マイナンバーを利用しても課税状況が確認できなかった場合）

窓口 障害福祉課 電話 047-712-6394 ファクス 047-355-1294

メール syougai Fukushi@city.urayasu.lg.jp

自己負担金

18 歳以上の課税世帯（保険世帯）の方は通院 1 回、入院 1 日につき 300 円

18 歳未満と住民税非課税世帯（保険世帯）の方は、自己負担なし

保険調剤は無料

※ 1 月 1 日現在、浦安市に住民登録をされていない方で非課税証明書の提出がない方、未申告の方は、課税世帯扱いとなり、自己負担金 300 円が発生します。

助成方法

償還払い方式（千葉県外の医療機関に受診の場合）

- ①医療機関で保険診療分を支払う
- ②必要書類を障害福祉課に提出（郵送での提出も可能です）

申請書（初回申請時にお渡しした申請書のコピーで可。作成には、印鑑 口座情報が必要です。

領収書やレシートの原本

社会保険の方で、保険組合より付加給付金 高額療養費等の給付がある場合、給付の決定通知等

- ③後日、自己負担及び医療保険から支給される金額を差し引いた分を指定口座にお振込みします

※ 申請時には領収書の原本をご提出ください。（原本が必要な方は、原本とともにコピーを持参いただければ、受理印を押印後、原本をお返しします。）

※提出日と同月分の領収書は受理できません。

※領収書の期限は支払日から 2 年以内です。

※ 国民健康保険 社会保険をご利用の方は、原則、申請月の 2 か月後の月末にお振込みします。後期高齢者医

療をご利用の方は、原則、申請月の3か月後の月末にお振込みします。なお医療費データや高額医療費発生状況の確認のため、さらに数か月かかることがあります。

現物給付方式（千葉県内の医療機関に受診の場合）

①市で交付する受給券を医療機関で提示（提示されなかった場合、助成適用されません）

②その場で医療費助成が適用されます。

※千葉県外の医療機関では、現物給付方式は適用されません。

※千葉県内の医療機関でも、千葉県と重度障害者医療費の現物給付の契約をしていない医療機関では、受給券の利用はできません。その場合、償還払い方式でご申請ください。

受給券

1. 有効期間

① 8月1日から翌年7月31日まで（自動更新 毎年7月下旬に郵送）

② 8月1日から障害者手帳の有効期間（再認定期間を含む）まで

※手帳を更新し、新しい手帳が助成対象の等級だった場合は自動更新（郵送）

③ 8月1日から18歳の誕生日の前日まで

※18歳の誕生日から翌年7月31日までの受給券は自動更新（郵送）

2. 受給券の発行ができない場合

①千葉県以外の国民健康保険、後期高齢者医療保険に加入している場合

②千葉県以外の国民健康保険組合（全国土木建築国民健康保険組合 中央建設国民健康保険組合 全国建設工業国民健康保険組合を除く）に加入している場合

③子ども医療費助成受給券の交付を受けている場合

※「重度心身障害者（児）医療費助成受給券」と「子ども医療費助成受給券」は重複発行できません。選択に迷う場合には、ご相談ください。

助成対象外のもの ※医療機関で医療保険適用外となるものは、助成の対象外です

予防接種や健康診断（人間ドック等）、美容整形などの病気 怪我以外のもの

入院中の差額ベッド代（個室代）やおむつ代、入院時の食事代など

お薬のビンや容器代

交通事故、労働災害、けんか等による第三者行為や学校内での怪我など

その他、証明書代等の医療保険適用外のもの

後期高齢者医療制度

内容 加入者は、医療機関の窓口での自己負担が、一般の方は1割負担、一定以上の所得がある方は2割負担、現役並み所得者は3割負担になります。なお、窓口負担は月ごとの上限額が設けられます。また、同一の医療機関の窓口で支払っていただく負担額は月ごとの上限額までになります。

対象者 65歳から74歳で一定の障害（身体障害者手帳1から3級 4級の一部の方や精神障害者保険福祉手帳1 2級の方など）があり、加入を希望する方、75歳以上の方

保険料 全員が等しく負担する「均等割額」と、加入者の所得に応じて負担する「所得割額」を合わせた額

必要書類 ①国民年金証書、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳など障害の程度がわかるもの

②本人のマイナンバー確認書類と申請者の本人確認書類

窓口 国保年金課 後期高齢者医療係 電話 047-712-6274 ファクス 047-354-8491

メール kokuhoh@city.urayasu.lg.jp

自立支援医療（精神通院） 精

内容 障害者総合支援法に基づき、精神による疾患で通院医療が継続的に必要な方の、指定医療機関における医

療費（薬剤費も含まます）の自己負担部分を公費で負担する制度です。

利用者負担 この制度を利用すると、自己負担部分は原則 1 割となります。

（生活保護を受給している方は、自己負担はありません）。

また、疾病の程度や世帯の所得の状況により、月ごとの自己負担上限額が設定される場合があります。

必要書類

「新規」「医療用 2 年目」「手帳用 2 年目」の方

申請書（用紙は障害福祉課にあります）

同意書兼収入申告書（用紙は障害福祉課にあります）

診断書（所定の様式のもの。用紙は障害福祉課にあります）

※精神障害者保健福祉手帳と同時に申請される場合は、手帳用診断書で兼ねられます。

※医師の診断書記入年月日から 3 か月以内が有効期限

健康保険証の写し

社会保険の方…受診者本人の保険証の写しが必要です

国民健康保険 後期高齢者医療保険の方…世帯全員分（社会保険加入者の方の分も含む）の写しが必要です

医療機関、薬局の名称、所在地、電話番号がわかるもの（指定医療機関 薬局であることが条件）

個人番号（マイナンバー）

社会保険の方…受診者本人及び被保険者のもの

国民健康保険 後期高齢者医療保険の方…本人及び受診者と同一保険加入者のもの

自立支援医療精神通院受給者証（更新申請の場合）

「医療用 1 年目」「手帳用 1 年目」の方（ただし、有効期間内に更新の方のみ）

申請書（用紙は障害福祉課にございます）

同意書兼収入申告書（用紙は障害福祉課にあります）

自立支援医療精神通院受給者証の原本と写し

健康保険証の写し

社会保険の方…受診者本人の保険証の写しが必要です。

国民健康保険 後期高齢者医療保険の方…世帯全員分（社会保険加入者の方の分も含む）の写しが必要です。

医療機関、薬局の名称、所在地、電話番号がわかるもの（指定医療機関 薬局であることが条件）

個人番号（マイナンバー）

社会保険の方…受診者本人及び被保険者のもの

国民健康保険 後期高齢者医療保険の方…本人及び受診者と同一保険加入者のもの

※新規申請 更新申請 変更申請のいずれも郵送でのお手続きが可能です。必要書類を送付しますので、障害福祉課へご連絡ください。

注意事項

届け出が必要となる手続き

受給者証の内容の変更

受給者証の紛失

受給者証の返還

窓口 障害福祉課 電話 047-712-6394 ファクス 047-355-1294

メール syougaifukushi@city.urayasu.lg.jp

※障害福祉課では申請書類を受理した後、千葉県へ書類を送付します。千葉県での審査を経て、交付決定されま

自立支援医療（更生医療） 身

内容 障害の程度を軽くしたり、取り除いたり、障害の進行を防いだりする医療を指定医療機関で行い、その医療費の本人負担分を給付します。ただし、所得により給付制限や一部負担があります。

（対象医療例：角膜手術、関節形成手術、外耳道形成手術、心臓手術、じん移植手術、人工透析、中心静脈栄養法、HIV 感染に対する治療、肝臓移植）

対象者 18 歳以上の身体障害者手帳所持者

負担額 原則、1 割自己負担 ※所得により負担上限額あり

必要書類 ①個人番号（マイナンバー） ②保険証 ③自立支援医療要否意見書 等

窓口 障害福祉課 電話 047-712-6394 ファクス 047-355-1294

メール syougaiukushi@city.urayasu.lg.jp

自立支援医療（育成医療） 身

内容 医療保険の対象になるもので、指定医療機関において手術などの治療をすることにより機能を回復しうる場合の医療費や補装具費の支給をします。ただし、所得によっては対象外になる場合があります。（対象治療例：肢体不自由、視覚障害、聴覚平衡機能障害、音声 言語 そしゃく機能障害、内臓機能障害、免疫機能障害）

対象者 身体に障害のある 18 歳未満の児童

必要書類 ①個人番号（マイナンバー） ②保険証 ③自立支援医療（育成医療）意見書 等

負担額 原則、1 割自己負担。※所得により負担上限額あり。

窓口 障害福祉課 電話 047-712-6394 ファクス 047-355-1294

メール syougaiukushi@city.urayasu.lg.jp

精神障害者入院医療費助成 精

内容 精神障害のある方の精神疾患治療のための入院にかかる医療費の一部を助成します。

対象者 精神障害者保健福祉手帳（2 級 3 級）所持者で、統合失調症、その他の精神疾患の治療を目的として入院された方

助成額 医療保険の対象になる範囲内で、月額 20,000 円を限度に、自己負担分を助成。ただし、高額療養費、その他の附加給付などにより補てんされた部分を除きます。

※所得制限があります。

必要書類 申請書 健康保険証 銀行口座がわかるもの 領収書（診療報酬の明細が記載されたもの） 附加給付金の通知書（附加給付のある方のみ）

窓口 障害福祉課 電話 047-712-6394 ファクス 047-355-1294

メール syougaiukushi@city.urayasu.lg.jp

指定難病の医療費助成 難

内容 審査で認定された方に医療費の自己負担の軽減を行います。（指定難病：難病一覧表の対象疾病の医療費助成を参照。追加 変更がありますので、詳しくはお問い合わせください。）

市川保健所（市川健康福祉センター）

電話 047-377-1102 ファクス 047-379-6623

※難病者への見舞金を支給しています（P25）難病者見舞金

小児慢性特定疾病の医療費助成 難

内容 審査で認定された方に医療費の自己負担の軽減を行います。（対象疾患群：悪性新生物、慢性腎疾患、慢

性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝異常、血液疾患、免疫疾患、神経筋疾患、慢性消化器疾患、染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群、皮膚疾患群、骨系統疾患、脈管系疾患)の16疾患群、788疾病あります。詳しくはお問い合わせください。

対象者 新規は18歳未満、継続は20歳未満の対象疾患を持つ児童

窓口 市川保健所(市川健康福祉センター)

電話 047-377-1102 ファクス 047-379-6623

※難病者への見舞金を支給しています (P25) 難病者見舞金