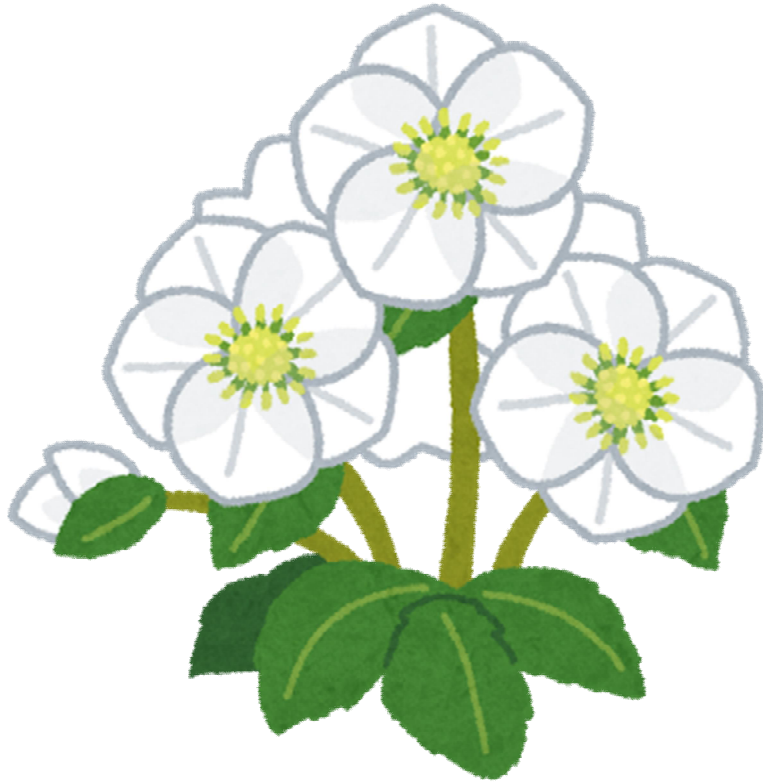


医療・保険について



1 自立支援医療（精神通院）の給付

精神疾患等のある人が通院医療を継続的に受けている場合に、医療費の一部を助成する制度です。

●対象になる精神疾患

- ・統合失調症、双極性障がい、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障がい、薬物障がい（依存症等）その他の精神疾患がある人
- ・広汎性発達障がい等の発達障がいのある人

●支給内容

対象の人に受給者証を交付し、病院で提示していただくと医療費の負担が1割に軽減されます。

※世帯所得に応じて月額負担上限が設けられます。

また、費用が高額な治療を長期にわたり継続する必要がある人（重度かつ継続）は、さらに負担額が軽減されます。

所得区分	負担上限月額	
	高額治療継続者 (重度かつ継続)	左記以外の治療
生活保護世帯	0円	0円
低所得1（市町村民税非課税世帯で年収809,000円以下）	2,500円	2,500円
低所得2（市町村民税非課税世帯で低所得1以外の人）	5,000円	5,000円
中間1（市町村民税所得割が33,000円未満）	5,000円	1割負担 (育成5,000円)
中間2（市町村民税所得割が33,000円以上 235,000円未満）	10,000円	1割負担 (育成10,000円)
一定以上（市町村民税所得割が235,000円以上）	20,000円	対象外（3割負担）

※自立支援医療で所得認定する「世帯」の範囲は、自立支援医療の受診者が加入している医療保険により異なります。

●申請に必要なもの

- (1) 医師の診断書（所定の様式、指定医師作成のもので作成から3か月以内のもの）
- (2) 健康保険証の写し
- (3) マイナンバーの分かるもの

【非課税世帯の人に必要なもの】

- (4) 障害年金や遺族年金等の証書及び振込通知書の写し（非課税収入を証明するもの）

※非課税収入を証明する書類の提出がなく非課税収入が809,000円以下の証明がない場合は、「低所得2」の判定になることがあります。申請時に必ず持参してください。

●申請・問い合わせ先

福祉課または木野支所

自立支援受給者証（精神通院・更生医療・育成医療）の有効期限は最長で1年間です。
有効期限が切れてしまう前に更新手続きが必要になります。
また、『受給者証をなくしてしまった』・『保険証の種類が変わった』などの場合には各種手続きが必要になります。
次のページにありますので、ご確認ください。

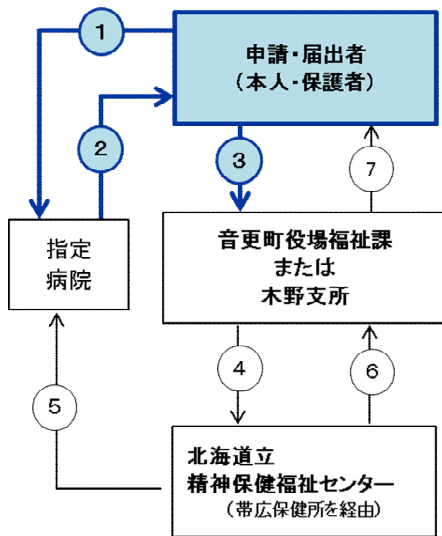


●こんなときには

(1) 更新時期が近づいたとき ～有効期限の3か月前から手続きができます～

【持ち物】

- ①今お持ちの受給者証
- ②医師の診断書（所定の様式、指定医師作成のもので作成から3か月以内のもの）
※受給者証に次回更新時に診断書が必要かどうか書いてありますので、『必要』と書いてある場合のみ診断書をお持ちください。
- ③健康保険証
- ④マイナンバーの分かるもの
- ⑤障害年金や遺族年金等の証書及び振込通知書の写し（非課税収入を証明するもの）
※非課税収入を証明する書類の提出がない場合、負担上限月額が変更になることがあります。



- ①指定の病院で診断書の依頼
※診断書の用紙は福祉課と木野支所にあります。
※病院へは各自で予約・受診をしてください。
- ②診断書を受け取る
- ③役場で受給者証の申請
- ④精神保健福祉センターへ審査を依頼
- ⑤※医師に照会をかけることもあります
- ⑥審査結果通知・受給者証の作成・交付
※申請からここまで3か月ほどかかります。
診断書の内容を病院へ照会を行っている場合はさらに時間がかかることがあります。
- ⑦受給者証・自己負担上限額管理票を送付
※非該当の場合も通知を送付します。

(2) 保険証や医療機関が変わったとき

医療機関の変更は通院前に手続きが必要です。

【持ち物】

- ①今お持ちの受給者証
- ②新しい健康保険証（保険証が変わった時のみ）
- ③マイナンバーの分かるもの
- ④障害年金や遺族年金等の証書及び振込通知書の写し（非課税収入を証明するもの）
※非課税収入を証明する書類の提出がない場合、負担上限月額が変更になることがあります。

(3) 音更町外から転入したとき

【持ち物】

- ①今お持ちの受給者証
- ②市町村民税課税証明書
- ③健康保険証
- ④マイナンバーの分かるもの
- ⑤障害年金や遺族年金等の証書及び振込通知書の写し（非課税収入を証明するもの）
※非課税収入を証明する書類の提出がない場合、負担上限月額が変更になることがあります。

(4) 氏名や住所が変わった・紛失してしまったとき

※福祉課または木野支所にお越しください。

2 自立支援医療（更生医療）の給付

日常・社会・職業能力を回復・向上することを目的とした手術、リハビリテーション医療等に対して、医療費の一部を助成する制度です。

緊急の場合を除き、事前に申請が必要です。

●対象者

18歳以上で身体障害者手帳をお持ちの人

（当該医療を必要とする箇所についての障がいが手帳に記載されているもの）

※身体障害者手帳をお持ちでなくても、手帳の交付申請との同時申請が可能です。

その場合は、手帳の交付を受けてから給付の決定を行います。

●対象となる障がいと医療内容

障がいの種類	医療の内容
視覚障がい	角膜手術、白内障手術、網膜剥離手術など
聴覚障がい	外耳形成手術、人工内耳埋込術など
音声・言語障がい	口唇形成術、口蓋形成術など
肢体不自由	人工関節置換術、リハビリなど
腎臓機能障がい	人工透析、腎移植術、抗免疫療法など
心臓機能障がい	心臓移植術、弁形成術、心内修復術、抗免疫療法など
小腸機能障がい	中心静脈カテーテル留置に関連した合併症に対する医療
肝臓機能障がい	肝臓移植術、移植術後の抗免疫療法など
免疫機能障がい	抗HIV療法、免疫調節療法など

●支給内容

対象の人に受給者証を交付し、病院で提示していただくと医療費の負担が1割に軽減されます。

※世帯所得に応じて月額負担上限が設けられます。

詳しくは、「1 自立支援医療（精神通院）の給付」（P29）をご確認ください。

●申請に必要なもの

(1) 医師の意見書（所定の様式、指定医師作成のもので作成から3か月以内のもの）

(2) 健康保険証

(3) 身体障害者手帳

(4) マイナンバーの分かるもの

(5) 特定疾病療養受療証（透析の人のみ）

(6) 障害年金や遺族年金等を受給している場合は、年金額が確認できるもの

※非課税収入が809,000円以下と確認できない場合、「低所得2」の判定になることがあります。

※年に1回更新が必要で、その都度役場福祉課から更新のご案内を送付します。更新する場合は、上記(2)～(6)のほか、今お持ちの更生医療受給者証が必要です。

※そのほか、氏名や医療機関、保険証などが変わった場合の手続きはP30をご確認ください。

●申請・問い合わせ先

福祉課または木野支所

3 自立支援医療（育成医療）の給付

18歳未満で身体に障がいや病気があり、放置すると将来身体に障がいが残る可能性があるが、手術等の治療で障がいの改善が期待できるお子さんに対して、医療費の一部を助成する制度です。

緊急の場合を除き、事前に申請が必要です。

●対象者

18歳未満で身体に障がいや病気があり、放置すると将来身体に障がいが残る可能性があるが、手術等の治療で障がいの改善が期待できるお子さん

●対象となる障がいと医療内容

障がいの種類	医療の内容
視覚障がい	・ 診察 ・ 薬剤、治療材料の支給 ・ 医学的措置、手術、その他の治療など ・ 居宅における療養上の管理、その治療・入院に伴う世話や看護 ・ 病院などへの入院、その療養に伴う世話、その他の看護 ・ 医療保険により給付を受けることができない人の移送
聴覚障がい	
音声・言語障がい	
肢体不自由	
腎臓機能障がい	
心臓機能障がい	
小腸機能障がい	
肝臓機能障がい	
免疫機能障がい	
その他の先天性内臓障がい	

●支給内容

対象の人に受給者証を交付し、病院で提示していただくと医療費の負担が1割に軽減されます。

※世帯所得に応じて月額負担上限が設けられます。

詳しくは、「1 自立支援医療（精神通院）の給付」（P29）をご確認ください。

※次のページの重度医療やひとり親家庭等医療などを受けている人は、自己負担分について助成を受けられる場合があります。

●申請に必要なもの

(1) 医師の意見書（所定の様式、指定医師作成のもので作成から3か月以内のもの）

(2) 健康保険証

(3) マイナンバーの分かるもの

(4) 障害年金や遺族年金等を受給している場合は、年金額が確認できるもの

(5) 更新する場合は、今お持ちの育成医療受給者証

※非課税収入が809,000円以下と確認できない場合、「低所得2」の判定になることがあります。

※そのほか、氏名や医療機関、保険証などが変わった場合の手続きはP30をご確認ください。

●申請・問い合わせ先

福祉課または木野支所

4 重度心身障がい者医療費助成制度

重度の心身障がい者（児）に対して保険適用医療費の全額または一部を助成する制度です。

区 分	内 容
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障がい1・2級及び3級の内部障がい（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓）で手帳を所持している人 ・知的障がい（療育手帳A）の方または「重度」と判定（診断）された人 ・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳1級）の人
助 成 額	全額助成（保険対象分無料）⇒市町村民税非課税世帯及び就学前の子ども
	一部助成（自己負担額1割）⇒市町村民税課税世帯
持参するもの	①健康保険証等 ②身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
申 請 場 所	町民課国保医療係または木野支所

- ※1 対象の人が今年の1月1日現在（申請日が1～7月の場合は前年の1月1日現在）音更町に住民票がない場合、必要分の所得・課税状況が確認できる書類をご提出いただくことがあります。詳しくはお問い合わせください。
- ※2 対象者の生活を支えている人もしくは対象者本人の所得が一定以上の場合、助成対象から外れます。
- ※3 生活保護受給者及び児童福祉施設入所者は対象となりません。
- ※4 精神障害者保健福祉手帳1級の方は、入院医療は対象となりません。

5 ひとり親家庭等医療費助成制度

配偶者が重度の障がい者で、児童（18歳未満）を養育している場合は「ひとり親家庭等」として、医療費助成の対象となる場合があります。

区 分	内 容
対 象 者	配偶者が重度心身障がい者医療費助成制度の適用を受けており、かつ、障がいにより長期にわたって労働能力を喪失中である人で、18歳未満の児童を養育している人
助 成 額	全額助成（保険対象分無料）⇒市町村民税非課税世帯及び就学前の子ども
	一部助成（自己負担額1割）⇒市町村民税課税世帯
持参するもの	①健康保険証等（世帯全員） ②配偶者の身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳
申 請 場 所	町民課国保医療係または木野支所

- ※1 対象者が今年の1月1日現在（申請日が1～7月の場合は前年の1月1日現在）音更町に住民票がない場合、必要分の所得・課税状況が確認できる書類をご提出いただくことがあります。詳しくはお問い合わせください。
- ※2 対象者の生活を支えている人もしくは対象者本人の所得が一定以上の場合、助成対象から外れます。
- ※3 生活保護受給者は対象となりません。

6 特定疾病療養受療証の交付

血友病や人工透析が必要な慢性腎不全など、長期にわたり、高額な治療代の必要な病気について、医療費の月額自己負担額を1つの医療機関につき10,000円または20,000円までとする制度です。

特定疾病の種類	月額自己負担額	手続き
人工透析を必要とする慢性腎不全	上位所得者世帯(※) 20,000円 上位所得者以外の世帯 10,000円	①健康保険証等 ②申請書(医師の証明)を持参し、加入している各健康保険窓口で手続きを行ってください。 (国保及び後期高齢者医療制度の場合は、町民課国保医療係)
血友病	10,000円	
血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症	10,000円	

※基準額については、加入している各健康保険にお問い合わせください。

7 治療用装具

医師の指示により、治療上の必要性からコルセット等の治療用装具を購入した場合に、その費用の一部が加入している健康保険から療養費として支給される制度です。

区 分	内 容
内 容	医師が治療を行うために必要と認めたコルセットやサポーター、義足、義手、装具等(日常生活や仕事上に必要なものなどは、対象になりません。)
持参するもの	①健康保険証等 ②装具の領収書 ③医師の意見書(所定の様式、指定医師作成のもので記入から3か月以内のもの) ④重度心身障がい者医療費受給者証(持っている人のみ)
申 請 場 所	加入している各健康保険窓口で手続きをしてください。 ※国民健康保険及び後期高齢者医療保険制度加入者は、町民課国保医療係または木野支所が窓口です。
備 考	重度心身障がい者医療費助成制度や、ひとり親家庭等医療費助成制度の適用を受けている人は、各健康保険で手続終了後にその自己負担額が助成されます。

8 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」といわれている疾患について、その医療費の一部を助成する制度です。

区 分	内 容
対 象 疾 患	国及び道が定めた対象疾患
自 己 負 担 限 度 額	(1) 一部公費負担のある場合 町・道民税額によって、段階的に月額負担上限額が決められます。 (0円から30,000円まで) (2) 全額公費負担となる場合 スモン、難治性の肝炎のうち劇症肝炎(更新のみ)、重症急性膵炎(更新のみ)の人
提 出 す る も の	①健康保険証 ②世帯全員の住民票(マイナンバー入り) ③臨床調査個人票(医師意見書 所定の様式、指定医師作成のもので記入から3か月以内のもの) ④町・道民税額を証明する書類 ⑤申請書 ⑥世帯調書 ⑦同意書 ※加入している医療保険により必要な書類が違いますので詳細はお問い合わせください。
申 請 ・ 問 合 せ 先	北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 札幌市中央区北3条西6丁目 電話番号 011-231-4111 (内線25-523) 北海道十勝総合振興局保健行政室健康推進課保健係 帯広市東3条南3丁目1 電話番号 0155-27-8637

9 小児慢性特定疾病医療費助成制度

小児慢性疾患により、長期にわたり療養を必要とするお子さんの健全な育成を図るために、医療費の一部を助成する制度です。

区 分	内 容
対 象 児 童	18歳未満で慢性疾患のあるお子さん（下記参照）
対 象 疾 患 群	①悪性新生物 ②慢性腎疾患 ③慢性呼吸器疾患 ④慢性心疾患 ⑤内分泌疾患 ⑥膠原病 ⑦糖尿病 ⑧先天性代謝異常 ⑨血液疾患 ⑩免疫疾患 ⑪神経・筋疾患 ⑫慢性消化器疾患 ⑬染色体又は遺伝子に変化を伴う疾患 ⑭皮膚疾患 ⑮骨系統疾患 ⑯脈管系疾患
自 己 負 担 額	町・道民税額や病状等により、段階的に月額負担上限額が決められます。（0円から15,000円まで）
医 療 機 関	指定医療機関のみ対象
提 出 す る も の	①健康保険証（写）（加入している医療保険の種別により提出していただく対象者が異なります）②医療意見書（所定の様式、指定医師作成のもので記入から3か月以内のもの）③発行から3か月以内の児童の住民票（健康保険証で住所が確認できる場合は省略可）④町・道民税額を証明する書類 ⑤申請書 ⑥世帯調書 ⑦同意書
申 請 ・ 問 合 わ せ 先	北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 札幌市中央区北3条西6丁目 電話番号 011-231-4111（内線25-523） 北海道十勝総合振興局保健行政室健康推進課保健係 帯広市東3条南3丁目1 電話番号 0155-27-8637

※小児慢性疾患のある児童に対し、紫外線カットクリームなどを給付する制度（小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業）があります。詳しくは、P27～28をご覧ください。

10 障がい者歯科医療協力医・協力歯科衛生士制度

北海道では、障がいのある人がより身近な地域で歯科医療を受けられるよう、(一社)北海道歯科医師会等と連携し、道内の歯科医師や歯科衛生士に対し専門的な研修を行い、その修了者等を「北海道障がい者歯科医療協力医・協力歯科衛生士」として指定しています。令和7年2月現在230名(内十勝管内9名)の協力医が道知事の指定を受けています。

●北海道障がい者歯科医療協力医・協力歯科衛生士の主な役割

- ①地域における障がいのある方々にとって身近な歯科医師・歯科衛生士として、可能な限り通常の歯科治療、予防処置、応急処置、診察補助、保健指導を行います。
- ②高度な治療が必要な場合には、専門の診療施設である歯科保健センターや病院と連携し紹介を行い、治療後は日頃の予防管理を担います。

●問い合わせ先

北海道十勝総合振興局保健環境部保健行政室(帯広保健所)企画総務課

電話番号 0155-27-8638

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 電話番号 011-231-4111

(一社)北海道歯科医師会 事業課 電話番号 011-231-0945

(一社)十勝歯科医師会 電話番号 0155-25-2172