

自立支援医療（育成医療）の支給を申請される方へ

自立支援医療（育成医療）は事前申請が原則です。治療予定が決まりましたら、早めに申請をしてください。なお、一定の基準により審査し認定しますので、必ずしも申請が認められるとは限りません。

【制度の概要】

この制度は、下記①～④の条件を全て満たした児童の医療費の一部を助成するものです（入院時の食事代、健康保険が適用にならない治療・投薬、差額ベッド代等は助成対象外です）。なお、保護者の住民税額により、自己負担上限額が設定されます。

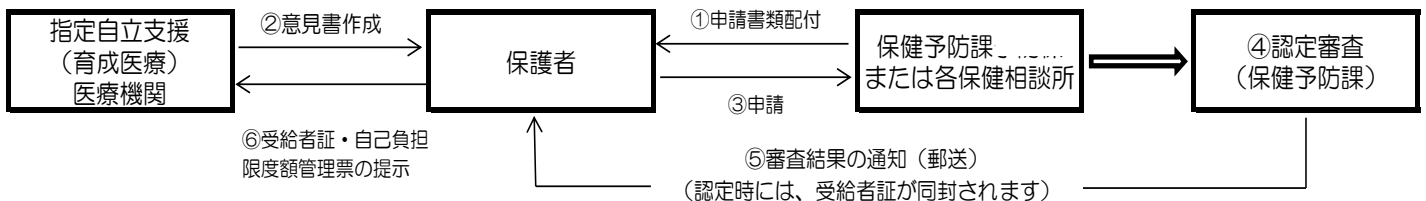
- ① 満18才未満の児童で身体に機能障害があり、手術等により確実な治療効果が期待できること
- ② 指定自立支援（育成医療）医療機関で治療していること
- ③ 保護者が練馬区に住所を有していること
- ④ 世帯の区市町村民税所得割額が23万5千円未満であること\*1 \*2

\*1：区市町村民税所得割額が23万5千円以上の場合は助成対象外ですが、「重度かつ継続」に該当する場合は、助成対象になります。「重度かつ継続」とは、以下のいずれかに当てはまる場合を指します。

- (1) 障害の種類で対象となる方…腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)、免疫機能障害
- (2) 医療保険の高額療養費多数該当の方…申請前の12か月に3か月以上の高額療養費の支給実績がある場合

\*2：平成24年度から適用された扶養控除の見直しについて、できるだけ影響がないよう調整します。

【申請から受給者証交付までの流れ】



※申請書に不備がない場合、窓口に申請書を提出してから、受給者証を交付するまで2週間～1か月程度かかります。

【受付窓口】

窓口	住所	電話番号
練馬区保健所 保健予防課	豊玉北6-12-1 (区役所東庁舎7階)	03-5984-2484
豊玉保健相談所	豊玉北5-15-19 (豊玉すこやかセンター内)	03-3992-1188
北保健相談所	北町6-35-7	03-3931-1347
光が丘保健相談所	光が丘2-9-6 (光が丘区民センター内)	03-5997-7722
石神井保健相談所	石神井町7-3-28	03-3996-0634
大泉保健相談所	大泉学園町5-8-8	03-3921-0217
関保健相談所	関町東1-27-4	03-3929-5381

【必要書類】

書類の種類	説明
① 支給認定申請書	保護者の方がご記入ください。 なお、保護者欄には、原則として健康保険の被保険者をご記入ください。
② 意見書	自立支援医療指定医師が記入したものを提出ください。*3
③ 医療保険確認書類	・国民健康保険・国民健康保険組合の方…保険に加入している方全員分 ・国民健康保険以外の方…被保険者の方と患者本人の分 ③ 確認書類例：(a)有効期限内の健康保険証の写し、(b)資格確認書の写し、(c)マイナポータルから「資格情報画面」を印刷したもの
④ 個人番号確認書類 *提示のみ	※(c)を提出する場合は、次のすべての事項が表示されている必要があります。【記号・番号・枝番、氏名、生年月日、性別、資格取得年月日、被保険者氏名(世帯主氏名)、本人・家族の別、保険者番号、保険者名】 ④ 確認書類例：個人番号カード、通知カード、住民票(個人番号記載のあるもの) ※患者以外の高校生以下の方の分は不要です。
⑤ 身元確認書類 *提示のみ	・個人番号を含む申請書類を提出される方の分 (確認証Aは1点確認、確認証Bは2点確認)*4
⑥ 委任状	・代理の方(住民票上同一世帯でない方)が個人番号を含む申請書類の提出を行う場合に必要です。
⑦ 住民税課税(非課税)証明書 (高校生以下は不要) ※練馬区が税情報を取得することに同意をしない場合のみ必要です。	・国民健康保険・国民健康保険組合の方…保険に加入している方全員分 ・国民健康保険以外の方…被保険者の方(保険料を支払っている方)の分 ※治療開始が4月から6月までは前年度分、7月以降は現年度分が必要です。 ※対象年度の1月1日に住民登録のあった区役所・市役所・町村役場で発行しています。住民税非課税世帯の場合は、健康保険の種類に関わらず、保護者全員の住民税非課税証明書をご提出ください。
⑧ その他	・生活保護を受けている方…生活保護を受けていることを証明する書類(健保併給している場合を除き「③医療保険確認書類」は不要です)。 ・中国残留邦人等の方…中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯であることを証明する書類 ・高額療養費多数該当の方…申請前の12か月間に受診者の属する医療保険の世帯が3回以上高額療養費の支給実績があったことのわかる書類 ・人工透析を受けている方…特定疾病療養受療証の写し ・免疫機能障害の方…免疫機能障害意見書(②の追加資料として)

\*3：意見書の記載内容が不明確な場合、担当医師に治療内容等を問い合わせる場合があります。

\*4：確認証については以下の例をご覧ください。

確認証 A

本人の顔写真、氏名、生年月日または住所が掲載されている官公庁が発行した証。またはそれに類するもの。

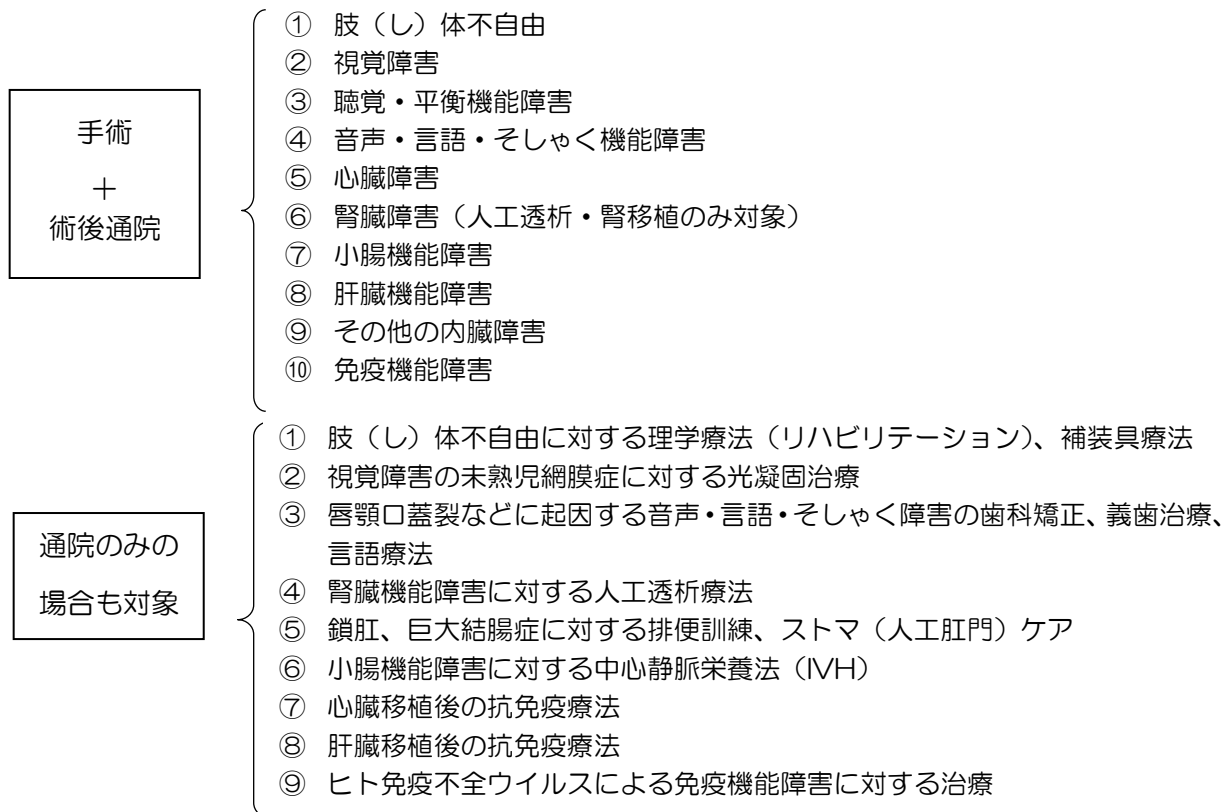
個人番号カード、運転免許証(経歴証明書でも可)、旅券(パスポート)、在留カード、住基カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳、船員手帳、小型船舶操縦免許証、戦傷病者手帳、海技免状、猟銃・空気銃所持免許証、宅地建物取引主任者証、電気工事士免状、無線従事者免許証、認定電気工事従事者認定証、特殊電気工事資格者認定証、耐空検査員の証、航空従事者技能証明書、運航管理者技能検定合格証明書、動力車操縦者運転免許証、教習資格認定証、検定合格証、精神障害者手帳、愛の手帳、官公署がその職員に対して発行した職員証等のうちいずれか1点

確認証 B

上記確認証 A の提示が困難な場合(本人の氏名と生年月日または住所が掲載されていることが条件)

医療保険確認書類、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、ひとり親受給者証、生活保護受給証明書、母子健康手帳、官公署が交付した証 等のうちいずれか2点

### 【支給の対象となる障害】



### 【支給の対象とならない主な例】

- ① 区市町村民税(所得割)が23万5千円以上の場合
- ② 身体に機能障害が認められない場合
- ③ 入院しない手術（外来扱いの手術）
- ④ 内科的治療のみの場合
- ⑤ 検診のみ、経過観察のみの場合
- ⑥ 指定自立支援医療機関以外での治療
- ⑦ 治療終了後の申請
- ⑧ そけいヘルニア（かんとんがあり、緊急手術の場合を除く。）
- ⑨ 骨折、半月板損傷等の外傷
- ⑩ 美容・容姿を改善するための手術
- ⑪ 精神発達障害
- ⑫ 手術で臓器を摘出する場合

### 【自己負担額の支払】

医療費（健康保険適用後）のうち1割と入院時の食事代をご負担いただきます。

ただし、医療費については住民税額により上限額（1か月あたり2,500円～20,000円）を設けてあります。詳しくは別紙「所得区分に関するチェックシート」をご覧ください。

**\*注意事項：受給者証を提示する前に医療費を支払った場合は、医療機関でご相談のうえ精算していただくようになります。医療機関が遡及を認めない場合は、自立支援医療（育成医療）扱いになりません。**

### 【有効期間】

意見書に記載されている治療見込期間により有効期間を決定します。ただし、手術後の通院期間は最大90日間認定します。また、通院の場合のみ対象となる障害は最大365日間認定します。

## <所得の区分に関するチェックシート>

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

### ○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護または中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯の認定を受けていますか。
  - 受けている：「生保」に○をしてください。
  - 受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、**区市町村民税**（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
  - 課税されていない：3へ
  - 課税されている：4へ
- 自立支援医療を受診する方の保護者の収入の合計が80万円以下ですか。  
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
  - 80万円以下：「低1」に○をしてください。
  - 80万円を超える：「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている**区市町村民税額**（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
  - **区市町村民税**（所得割） 3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
  - **区市町村民税**（所得割） 2万3千5百円未満：「中間2」に○をしてください。
  - **区市町村民税**（所得割） 2万3千5百円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
  - 該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
  - 該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

#### ※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- 障害の種類で対象となる方：腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)、免疫機能障害
- 医療保険の高額療養費多数該当の方：申請前の12か月に3か月以上の高額療養費の支給実績がある場合

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
「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	負担上限額 5,000円※	負担上限額 10,000円※	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 負担上限額 5,000円	重 度 か つ 継 続 負担上限額 10,000円	続 続 負担上限額 20,000円※

※令和9年3月31日までの経過措置（延長）