

申請後は…

書類審査後、承認されますと自立支援医療（育成医療）受給者証が申請者あてに送付されます。

※ 認定されなかった場合は、不承認通知書が送付されます。

※ 自立支援医療（育成医療）受給者証は、申請から約 1 か月以内に申請者あてに送付されます。

留意事項

自立支援医療（育成医療）の申請は、治療開始までに行ってください。治療用補装具費の請求は、別途手続きが必要になりますので、区役所健康・子ども課（保健センター）までお問い合わせください。治療期間の延長が必要になった場合や住所等に変更が生じた場合は、別途申請等が必要となります。速やかに、区役所健康・子ども課（保健センター）までご連絡が必要です。

※住所地在札幌市以外の方は、お住いの各市町村にお問い合わせください。

*当院でのご相談やお問い合わせは、

[地域医療連携室 医療ソーシャルワーカー](#)

でお受けしております。

病院名：独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター

住所：札幌市西区山の手 5 条 7 丁目 1-1

相談時間：月曜日～金曜日 9 時～17 時

電話：011-611-8111 (病院代表)

内線(1000・1121・1122・1119 まで)

2016.8.26 地域医療連携室作成

障害者自立支援医療制度について(札幌市の場合)

＜育成医療 対象者＞

保護者が札幌市内に居住する 18 歳未満の児童で、対象の障がいがあるまたは医療を行わなければ将来障がいを残すと認められる方（注 1）。

1. 肢体不自由
2. 視覚障がい
3. 聴覚または平衡機能障がい
4. 音声機能、言語機能またはそしゃく機能障がい
5. 内臓障がい（注 2）
6. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい

注 1：外傷による急性期の治療については対象となりません。

注 2：心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸または肝臓機能障がいを除く内臓障がいについては、先天性の場合に限ります。

内科的治療のみの場合は対象になりませんが、人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法、小腸機能障がいに対する中心静脈療法、心臓機能障がいに対する心移植後の抗免疫療法及び肝臓機能障がいに対する肝臓移植後の抗免疫療法は対象になります。

＜対象期間＞

受給者証に表示された有効期間に限ります。原則として 3 か月以内になりますが、治療が長期に及び下記の医療については、最長 1 年以内の治療を認められます。

1. 唇顎口蓋裂に起因する歯科矯正
2. 人工透析療法
3. 腎移植後の抗免疫療法
4. 小腸機能障がいに対する中心静脈療法
5. 心臓移植後の抗免疫療法
6. 肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療
7. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいに対する抗 HIV 療法

《公費負担の内容》

保険診療の自己負担分について、指定育成医療機関で医療を受けた場合に公費負担が適用されます。なお、世帯の所得状況に応じて自己負担額が決定されます。

※ 札幌市医療費助成事業（子ども・重度心身障害者・ひとり親家庭等）の対象で、初診時一部負担金のみを負担する方については、育成医療の自己負担額は原則として全額公費負担となります。

所得区分	所得区分の内容	負担上限月額
生活保護	生活保護を受給している世帯	負担はなし
低所得 1	市町村民税非課税世帯で、障害者本人（保護者）の収入が年間 80 万円以下の方	2,500 円
低所得 2	市町村民税非課税世帯で、低所得 1 以外の方	5,000 円
市町村民税課税世帯※	市町村民税（所得割）額が 3 万 3 千円未満の方	5,000 円
	市町村民税（所得割）額が 3 万 3 千円以上 23 万 5 千円未満の方	10,000 円

※市町村民税課税世帯に関しては平成 30 年 3 月 31 日までの経過的特例です

「**重度かつ継続（高額治療継続）**」に該当する方は、別の負担上限額が設けられます。

所得区分	所得区分の内容	負担上限月額
市町村民税課税世帯	市町村民税(所得割)額が 23 万 5 千円以上の方※	20,000 円

※平成 30 年 3 月 31 日までの経過的特例です

《育成医療 必要書類》

次の書類をそろえてお住まいの区の区役所健康・子ども課（保健センター）に提出してください。

- ・自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書
- ・自立支援医療（育成医療）意見書
- ・被保険者証等の写し（現住所がわかる記載面のコピーも必要です）
- ・札幌市医療費助成事業（子ども・重度心身障害者・ひとり親家庭等）受給者証の写し…該当する方のみ提出してください
- ・世帯（注）の所得の状況が確認できる書類（右表参照）
- ・特定疾病療養受療証の写し…該当する方のみ提出してください
- ・個人番号確認書類（申請書に医療保険上の世帯員の個人番号の記載が必要となります。）

＜世帯の所得の状況が確認できる書類＞

生活保護を受けている方	生活保護受給証明書	区役所保護課
上記以外の方	1 市・道民税納税通知書または市・道民税特別徴収税額通知書 2 1 がない方は、市・道民税証明書（所得証明書） ※ 市町村民税が非課税の場合は、保護者の収入（給与収入等、公的年金・手当の収入を含む）に関する証明が必要です。	区役所課税課

（注）「世帯」とは、児童と同じ医療保険に加入する方を指します。