

医療費などの助成

制度のお知らせ

後期高齢者福祉医療

問 国保年金課 (☎62-1207・FAX24-2466)
ID 1003204

交付申請に必要なもの

- ・健康保険証
- ・マイナンバーの確認ができるもの
- ・対象者であることを証明する関係書類

| | |
|------|--|
| 助成区分 | 後期高齢者福祉医療 |
| 対象者 | 後期高齢者医療制度に加入しており、次のいずれかに該当する人 <ul style="list-style-type: none"> ・母子家庭等、心身障害者、精神障害者の各医療費助成の受給資格に該当する人 ・精神保健福祉法による措置入院患者 ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による命令入所患者およびそれと同等の要件を有すると認められた人 ・1人暮らし（同一敷地または隣地に親族が住んでおらず、住民票が1人世帯）で市民税非課税かつ税法上の被扶養者となっていない人 ・常時臥床もしくはこれに準ずる状態または特別養護老人ホーム入所要件に該当する程度の認知症であり、生活介護を3カ月以上継続して受けている（要介護度4・5の認定を受けている）人で、主たる生計維持者が市民税非課税の人 |
| 助成内容 | 保険診療の自己負担額（本人負担なし） ※高額療養費に該当する部分は除く ※精神障害者医療受給者に該当する人は、精神障害者医療の助成内容を参照してください。 |

特殊眼鏡等購入費の助成

問 国保年金課 (☎62-1207・FAX24-2466)
ID 1003204

支給申請に必要なもの

- ・医師の意見書
- ・本人名義の預金通帳
- ・特殊眼鏡代などの領収書

| | |
|------|---|
| 助成区分 | 老人性白内障特殊眼鏡等購入費 |
| 対象者 | 老人性白内障のため水晶体摘出手術を受けた65歳以上で、眼内レンズ挿入手術が受けられず、視力矯正用の特殊眼鏡またはコンタクトレンズを購入した人 |
| 助成内容 | 特殊眼鏡またはコンタクトレンズの購入費の2分の1 （最高限度額…特殊眼鏡は1個につき21,000円、コンタクトレンズは1眼につき14,000円） |

軽度・中等度難聴児補聴器購入費などの助成

問 福祉総務課 (☎62-1208・FAX24-3481) ID 1003574

| | |
|------|---|
| 助成区分 | 軽度・中等度難聴児補聴器購入費など |
| 対象者 | 18歳以下（18歳到達年度末まで）の身体障害者手帳の対象とならない片耳の聴力レベルが30デシベル以上の児童 ※対象児の属する世帯に所得制限あり |
| 助成内容 | 補聴器購入または修理にかかる費用と算定基準の基準額*2のいずれか低い額の3分の2 ※限度額は、片耳1個につき37,000円 ※修理費用の助成は、当該助成制度を利用して購入した補聴器に限ります。 *2 補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に定められた補聴器の基準額です。 |

医療費の助成

問 国保年金課 (☎62-1207・FAX24-2466)
ID 1003204

交付申請に必要なもの

- ①健康保険証
- ②市町村民税課税証明書（転入者のみ）
- ③身体障害者手帳または療育手帳
- ④自閉症状群と診断された場合は医師の診断書
- ⑤精神障害者保健福祉手帳
- ⑥精神科の医師による診断書
- ⑦自立支援医療受給者証
- ⑧マイナンバーの確認ができるもの

※医療費助成は、申請月の初日または月内の要件該当日からです（子ども医療を除く）。

※医療機関の窓口で受給者証を提示することで、医療費助成が受けられます。ただし、高校生世代の入院や受給者証を提示せず医療機関にかかった場合、県外の医療機関で受診した場合は、市役所で支給申請をしてください。支給申請には、健康保険証、領収書、受給者証、受給者の通帳など口座情報がかかるもの、印鑑（スタンプ印は不可）が必要です。

| 助成区分 | 対象者 | 助成内容 | 交付申請に必要なもの |
|---------|---|---|---------------------------|
| 子ども医療 | 中学校卒業までの子ども（15歳到達年度末） | 保険診療の自己負担額（本人負担なし） | ① |
| | 高校生世代（平成15年4月2日～平成18年4月1日生まれの人） | 入院に係る保険診療の自己負担額 ※医療機関で自己負担額を支払後、市役所で支給申請が必要 | 事前の交付申請は不要 |
| 母子家庭等医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・母子家庭または父子家庭で、18歳未満の児童*1とその母または父 ・父または母が障害者（身体障害者手帳1・2級程度）である18歳未満の児童*1とその母または父 ・父母のいない18歳未満の児童*1 ※父母（扶養義務者）の所得に制限あり *1 18歳到達年度末までの児童のことをいいます。 | 保険診療の自己負担額（本人負担なし） | ① ② ⑧ |
| 心身障害者医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳の障害程度1～3級の人、4級の指定を受けた腎臓機能障害および4～6級の指定を受けた進行性筋萎縮症の人 ・療育手帳のAまたはB判定を受けた人 ・自閉症状群と診断された人（高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む） | 保険診療の自己負担額（本人負担なし） | ① および ③ または ④ |
| 精神障害者医療 | 精神障害者保健福祉手帳の障害程度1・2級の人 | 保険診療の自己負担額（本人負担なし） | ① ⑤ |
| | 精神科で入院治療を受けている人 | 保険診療の自己負担額の半額（精神疾患の入院のみ） ※医療機関で自己負担額を支払後、市役所で支給申請が必要 | ① ⑥ |
| | 自立支援医療受給者証（精神通院）の交付を受けている人 | 保険診療の自己負担額（精神疾患の通院のみ・本人負担なし） | ① ⑦ |