３．医療費の助成など

（１）重度障害者医療費の助成

対象者	ひとり親家庭医療・子ども医療対象者以外で ①身体障害者手帳１級・２級　②療育手帳Ａ　③精神障害者保健福祉手帳１級 ④特定医療費(指定難病)・特定疾患医療受給者証所持者で障害年金または特別児童扶養手当１級 ⑤療育手帳Ｂ１所持者で身体障害者手帳所持者 ※①から⑤のいずれかで、 前年の所得が472万１千円以下（単身の場合）のかた
内容	保険適用医療費の自己負担額の一部が助成され、１つの医療機関・調剤薬局・訪問看護ごとに１日500円までの自己負担となります。 ※入院された場合、食事療養費や室料など健康保険適用外のものは助成されません。 ※１カ月の負担上限額は、3,000円です。 ※上限額を超えた場合は、自動償還により返金します。（初回のみ手続きが必要です）
窓口	障害福祉課　（TEL）072-433-7012　（FAX）072-433-1082

（２）自立支援医療（更生医療）の支給

<table>
<tr><td>対象者</td><td>18歳以上で身体障害者手帳をお持ちのかた</td></tr>
<tr><td>内容</td><td>
自立支援医療（更生医療）の指定を受けている医療機関で、身体上の障害を軽減し、日常生活を容易にするための医療（心臓の手術や人工関節の手術など）が受けられます。原則かかった医療費の１割が本人負担となります。本人及び本人と同じ健康保険に加入しているかたの所得に応じて、負担の上限額が設けられます。
医療費の負担上限額
<table>
<tr><th>区分</th><th>対象となる世帯
（同じ医療保険に加入している家族を世帯とします）</th><th>上限額
（月額）</th><th>「重度かつ継続」
上限額（月額）</th></tr>
<tr><td>生活保護</td><td>生活保護世帯</td><td colspan="2">０円・自己負担なし</td></tr>
<tr><td>低所得1</td><td>市民税非課税世帯で障害者の収入が年間80万円以下</td><td colspan="2">2,500円</td></tr>
<tr><td>低所得2</td><td>市民税非課税世帯で低所得１以外</td><td colspan="2">5,000円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">中間的な所得</td><td>市民税額(所得割)が３万３千円未満</td><td rowspan="2">医療保険の自己負担限度額と同額</td><td>5,000円</td></tr>
<tr><td>市民税額(所得割)が３万３千円以上
23万5千円未満</td><td>10,000円</td></tr>
<tr><td>一定所得以上</td><td>市民税額(所得割）が23万５千円以上</td><td>自立支援医療費支給対象外</td><td>20,000円</td></tr>
</table>
「重度かつ継続」の対象範囲とは
◎自立支援医療の申請内容が、腎臓機能･小腸機能・免疫機能・心臓機能（心臓移植後の抗免疫療法に限る）・肝臓機能（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）障害に関するかた
◎医療保険の多数該当のかた
※原則、治療の開始前に申請してください。（治療後の申請は支給対象外です）
※更生医療の給付には、大阪府障がい者自立相談支援センターの判定が必要です。
</td></tr>
<tr><td>窓口</td><td>障害福祉課　（TEL）072-433-7012　（FAX）072-433-1082</td></tr>
</table>

（３） 自立支援医療（育成医療）の支給

対 象 者	治療を行うことにより、身体上の障害が軽くなり、日常生活が容易になると見込まれる児童（18歳未満）
内　　容	自立支援医療（育成医療）の指定を受けている医療機関で、対象の障害ごとに定められた疾患に対する医学的処置、薬剤又は治療材料等の支給にかかる費用の一部を、公費によって支給することができます。原則かかった医療費の１割が本人負担となります。本人及び本人と同じ健康保険に加入しているかたの所得に応じて、負担の上限額が設けられます。（入院時の食事療養費は対象外） ※原則、治療の開始前に申請してください。（治療後の申請は支給対象外です） 申請に必要なものについては、障害福祉課までお問い合わせください。
窓　　口	障害福祉課　（TEL）072-433-7012　（FAX）072-433-1082

医療費の負担上限額

区分	対象となる世帯 （同じ医療保険に加入している家族を世帯とします）	上限額 （月額）
生活保護 （A）	生活保護世帯	０円 自己負担なし
低所得１ （Ｂ１）	市民税非課税世帯で保護者それぞれについて地方税法上の合計所得金額、障害年金等、特別児童扶養手当等の合計額が80万円以下	2,500円
低所得２ （Ｂ２）	市民税非課税世帯で低所得１以外	5,000円
中間１ （Ｃ１）	市民税額(所得割)が３万３千円未満	5,000円
中間２ （Ｃ２）	市民税額(所得割)が３万３千円以上 23 万５千円未満	10,000円
一定所得以上 （D）	市民税課税世帯で所得割が23万円５千円以上	自立支援医療費支給対象外

所得が低い人以外でも、継続的に相当額の医療費負担が発生する場合は上限額が決められています。

◎自立支援医療の申請内容が、

腎臓機能（人工透析、腎移植治療）・小腸機能（中心静脈栄養法に限る）

免疫機能（HIV 感染に対する治療）・心臓機能（心臓移植後の抗免疫療法に限る）

肝臓機能（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）障害に関するかた。

◎医療保険の多数該当のかた。

対象となる世帯	上限額(月額)
市民税額(所得割) が 23 万５千円以上	20,000 円

（４） 自立支援医療（精神通院）の支給

対象者	統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患またはてんかんを有し、自立支援医療指定医療機関にて継続して精神疾病の治療が必要と主治医に認められたかた
内　容	自立支援医療指定医療機関での精神疾患の治療のために必要な医療保険適用の通院医療費、薬剤の処方、デイナイトケア、訪問看護、対象疾患の治療に必要な検査が対象になります。申請後、大阪府で認定されますと、自己負担分が１割になります。※保険の種類によっては無料になることがあります。適用日については各医療機関にお問い合わせください。 ・特別な理由がなければ、通院先は１カ所、薬局は２カ所までに限られます。検査機関の登録については、障害福祉課までお問い合わせください。 ・受給者と同一健康保険加入世帯員の所得に応じた１カ月あたりの自己負担上限額が設けられています。
新規申請	自立支援医療(精神通院用)診断書・同意書・健康保険証が必要です。
更　　新	受給者証の有効期間は１年です。その３カ月前から更新手続きができます。 必要書類：診断書（2年に1度の提出)、健康保険証・受給者証
変更届	住所または氏名を変更された場合は届け出てください。必要書類：受給者証
	保険の種類、同一健康保険加入世帯員を変更された場合は届け出てください。 必要書類：健康保険証・受給者証
	登録の医療機関等を変更される場合は届け出てください。必要書類：受給者証
再交付	受給者証を紛失したときは届け出てください。
医療機関追加	必要なものは、下記までお問い合わせください。 ※大阪府で承認されましたら、追加申請日から認定されます。
窓　　口	障害福祉課　(TEL) 072-433-7012　(FAX) 072-433-1082

※申請書類は障害福祉課窓口にあります。
※精神障害者保健福祉手帳と同時申請の場合は、診断書(精神障害者保健福祉手帳用)で申請可能です。
※申請時には対象者の個人番号(マイナンバー)がわかるものと来庁者の本人確認できるもの(マイナンバーカード、障害者手帳、運転免許証等)が必要になります。(保護者が申請される場合は、保護者分と対象者の個人番号が確認できるものが必要)

～医療費の１カ月あたりの自己負担上限額～

所得区分の内容		月額の上限額
生活保護を受給している世帯(生活保護)		負担はありません
市町村民税額が非課税の世帯	障害者の収入が年間 80 万円以下(低所得１)	2,500 円
	障害者の収入が年間 80 万円超(低所得２)	5,000 円
市町村民税額(所得割)が 23 万５千円未満(中間的な所得)		医療保険の自己負担限度額

市町村民税課税世帯のかたでも、「重度かつ継続」(継続的に相当額の医療費負担が発生する場合)のかたは、別に支払いの限度額を設定します。※詳しくは医療機関にてお尋ねください
・統合失調症や躁うつ病、てんかん、器質性精神障害、精神作用物質による障害のかたなど
・医療保険の多数該当のかたなど

所得区分の内容		月額の上限額
市町村民税額(所得割)が	３万３千円未満	5,000 円
	３万３千円以上 23 万５千円未満	10,000 円
	23 万５千円以上	20,000 円 【経過的特例】

市町村民税額(所得割)が 23 万５千円以上の場合で高額治療継続者に該当しないかたは、自立支援医療の対象となりません。

（５） 歯科診療

対　象　者	障害のために通常の歯科診療が困難なかた
内　　容	市立休日急患診療所で、歯科診療を行っています。 診察（要予約）：毎週日曜日、午前10時00分～正午（年末年始は休み） ※予約受付：休日急患診療所診察時間内(TEL)072-432-1453
窓　　口	健康推進課　(TEL) 072-433-7000　(FAX) 072-433-7005

（６） 後期高齢者医療

対　象　者	65歳から74歳で、下記①から④のいずれかに該当するかた ① 身体障害者手帳１～３級または４級のうち音声言語機能障害、両下肢全指欠損 １下腿２分の１以上欠損、１下肢機能の著しい障害のあるかた ② 療育手帳Ａ（重度）をお持ちのかた ③ 精神障害者保健福祉手帳１・２級をお持ちのかた ④ 障害基礎年金１・２級を受給されているかた
内　　容	申請をすることで、後期高齢者医療制度に加入することができます。加入された場合には、医療機関の窓口での自己負担分が、所得に応じて１・２・３割のいずれかになります（２割は令和４年10月から）。保険料は所得に応じて納めていただきます。
窓　　口	保険年金課　後期高齢者医療担当　(TEL) 072-433-7282　(FAX) 072-433-7276