

IV 医療費の助成等

1 重度障がい者医療費の助成 **身** **知** **精** **難**

重度の障がいのある人が、病気やけがなどの際に必要とする医療を容易に受けることができるよう医療費の患者負担額から一部自己負担額を控除した額(入院中の食事療養費の標準負担額を除く)が助成されます。

なお、他の公費負担医療(更生医療・育成医療等)の給付を受けられる場合は、そちらの手続きも必要となります。

【一部自己負担額】1医療機関当たり入院・通院・薬局・訪問看護、一日500円以内

※医療機関で支払った自己負担の合計額が1箇月当たり3,000円を超えた場合は、超過額を自動償還にて返還します。

※毎年10月に更新します。(毎年所得の確認が必要です。)

対象者	身体障がい者手帳1級又は2級の交付を受けた人 知的障がいの程度が重度(A)と判定された人 身体障がい者手帳所持者で、かつ知的障がいの程度が中度(B1)の人 精神障がい者手帳1級の交付を受けた人 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級該当者の人
対象から除かれる人	前年の所得が472万1千円(単身の場合)を超える人 生活保護を受けている人
申請に必要なもの	① 障がい者手帳 ② 健康保険証 ③ 各受給者証等 ④ 個人番号カード(マイナンバーカード)
担当窓口	障がい福祉課 06-6902-6154

2 ひとり親家庭医療費の助成 **身** **知**

【一部自己負担額】

1医療機関1か月あたり、1日目、2日目最大500円まで自己負担していただき、3日目からは無料になります。(同じ

医療機関でも入院と外来、歯科と歯科以外は別計算になります)

複数の医療機関を受診した場合、1人あたりの1か月の上限負担額は2,500円になります。

※入院時の食事療養費の助成は対象外となるため自己負担となります。

【医療費の還付】

- 一部自己負担額が1人あたり1か月2,500円を超えたとき
- 医療証交付前に受診したとき
- 大阪府外で受診したとき
- 治療上必要と認められるコルセット・眼鏡等の費用

※詳しくはお問い合わせください。

対象者	18歳到達後最初の年度末までの児童と、その児童を養育するひとり親家庭の父・母または養育者で次のいずれにも該当する人。 ▶健康保険に加入している ▶門真市内に居住している ※父母のどちらかに政令で定める程度の障がいの状態にあるときも対象になる場合があります
対象から除かれる人	●生活保護を受けている方 ●児童福祉施設に入所している方 ●重度障がい者医療費の助成を受けている方 ●その他国等の公費負担により、医療費の全額支給を受けることができる方 ●父または母等の所得が制限額を超える方
申請に必要なもの	① 戸籍謄本 ② 健康保険証 ③ 要件に該当することを証明する書類 ※詳しくは窓口までお問い合わせください。
担当窓口	こども政策課 06-6902-6186

3 保健事業

健康診査、訪問健康診査、健康相談、健康教育、訪問指導を行うことで病気の予防や早期発見、二次障がいの発生予防に努めます。

対象者及び申込方法	<p>【障がい者健診】 障がいのある15歳以上の人。集団健診で行います。条件等がありますので、詳細はお問合せください。 (申込)健康増進課へ電話もしくは窓口 *受付時期は広報にてお知らせします。</p> <p>【訪問健康診査】 40歳以上の在宅で寝たきり、もしくはそれに準じる人で、通院が困難な人に実施 (申込)取扱医療機関へ直接</p> <p>【障がい者(児)歯科診療】 原則として門真市民で、地域の歯科医院で治療が困難な障がいのある人 (場所)保健福祉センター 1階 歯科診療室 ■完全予約制 06-6903-3110 (診療日)毎週水曜日(年末年始祝日を除く) (診療時間)13:00~15:30(受付は15:00まで) (申込)障がい者(児)歯科診療所へ電話06-6903-3110 もしくは健康増進課窓口</p> <p>【失語症リハビリテーション教室】 言語障がいがある人のための教室。予約制です。 (申込)健康増進課へ電話もしくは窓口</p> <p>【リハビリの相談】 40歳以上で日常生活動作に困っている人やご家族の相談に応じます。 (申込)健康増進課へ電話もしくは窓口</p>
担当窓口	健康増進課 06-6904-6500、06-6904-6400

4 自立支援医療費(更生医療)の助成 身

更生医療の指定を受けている医療機関で、身体上の障がいを軽減し日常生活を容易にするための医療費の助成が受けられます。

【自己負担額】原則として医療費の1割です。なお、所得に応じて負担の上限月額が定められます。

※一定所得以上の場合は原則、助成の対象外になります。(重度かつ継続の対象者は除く。)

対 象 者	18歳以上で身体障がい者手帳をお持ちの人
申請に必要なもの	① 身体障がい者手帳 ② 自立支援医療(更生医療)意見書 ③ 明細表 ④ 健康保険証 ⑤ 個人番号カード(マイナンバーカード) ⑥ 委任状(任意代理人の場合は必要です。)
担 当 窓 口	障がい福祉課 06-6902-6154

5 自立支援医療費(育成医療)の助成 身

育成医療の指定を受けている医療機関で、身体上の障がいを軽減し、日常生活を容易にするための医療費の助成が受けられます。

【自己負担額】原則として医療費の1割です。なお、所得に応じて負担の上限月額が定められます。

※一定所得以上の場合は原則、助成の対象外になります。(重度かつ継続の対象者は除く。)

対 象 者	18歳未満の身体障がい児
申請に必要なもの	① 自立支援医療(育成医療)意見書 ② 健康保険証 ③ 個人番号カード(マイナンバーカード) ④ 委任状(任意代理人の場合は必要です。)
担 当 窓 口	障がい福祉課 06-6902-6154

6 自立支援医療費(精神通院)の助成 精

精神通院の指定を受けている医療機関で、在宅精神障がい者の医療の確保を容易にするため、医療費の助成が受けられます。

【自己負担額】原則として医療費の1割です。所得に応じて負担の上限月額が定められます。

※一定所得以上の場合は、疾病の状況により助成の対象外になることがあります。

対 象 者	精神通院医療指定自立支援医療機関への通院により、精神疾患の治療を受けている人
申請に必要なもの	① 自立支援医療(精神通院医療)診断書 ② 健康保険証 ③ 個人番号カード(マイナンバーカード) ④ 委任状(任意代理人の場合は必要です。)
担 当 窓 口	障がい福祉課 06-6902-6154

7 後期高齢者医療制度

対 象 者	65歳以上75歳未満で、次に該当する人 ・身体障がい者手帳の1級、2級、3級及び4級の一部(音声機能、言語機能、下肢障害(両下肢のすべての指を欠くもの、一下肢の機能に著しい障害を有するもの、一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの))に該当する人 ・療育手帳Aに該当する人 ・精神障がい者保健福祉手帳の1・2級に該当する人 ・国民年金法等における障害年金1・2級に該当する人
申請に必要なもの	① 健康保険証 ② 障がい者手帳 ③ その他 ※詳しくは窓口までお問い合わせください。
担 当 窓 口	健康保険課 06-6902-5697

下記条件に該当する人は、後期高齢者医療制度へ移ることが可能です。

