

自立支援医療（育成医療）について

育成医療とは…現在、一定の障害があるかまたは現在の疾患をそのままにしておくと障害が残ってしまう場合、確実な治療効果が期待できる治療については『育成医療』が適用できます。

育成医療が適用されると医療費が軽減できます。

ア 18歳未満の児童であること

イ 入院の必要のある手術に対して適用されますが、治療内容・手術により適用されないものもあります

ウ 原則として、入院前に申請する必要があります

エ 申請しても審査がありますので、不承認となる場合があります

＜申請の手順＞

- ① 市町村役場にて育成医療を申請したいことを伝え医師の意見書・その他の必要書類をもらってください。
↓
- ② 市町村役場でもらった医師の意見書を ども家族医療サポート室_____宛に郵送してください。
(切手を貼った返信用封筒+住所・患者氏名)
↓
- ③ 所得の証明書類等を役場等でもらうなど、必要書類を揃えてください。
↓
- ④ 医師の意見書が医事課文書受付より返送されたら必要書類を揃えて市町村役場へ申請に行ってください(審査に1か月程度要するため早めに申請してください)。
↓
- ⑤ 審査の結果、承認されれば『育成医療券』がご自宅に届きますので必ず入院時に受付で提示してください。

◆申請に必要なもの(市町村により違いがあります)

- ①医師の意見書 ②申請書 ③所得を証明する書類(★市町村民税課税証明書又は非課税証明書) ④印鑑 ⑤保険証(カード式は家族全員分) ⑥マイナンバー

◆自己負担額・所得制限

ア 医療費の自己負担が1割負担となります

(負担上限額が決まっており、最高1万円/月です)

イ 所得制限(市町村民税23万5千円未満)があります

※ただし、腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害のうち、『重度かつ継続する疾病』については所得制限がありません

ウ 入院時食事療養費は適用外です(子ども医療と同じ)

◆申請後に入院日・手術日に変更になりましたら、申請先の市町村役場にご相談ください。

◆申請に行かれた方で、入院日までに育成医療が承認されていない場合

- ① 育成医療券の提示があるまで一旦会計を保留とします。
- ② 承認後、ご自宅に『育成医療券』が届きますので、会計に速やかにご提示ください。保留となっている医療費を育成医療券に記載された自己負担額で精算させていただきます。
- ③ 次の場合は、代表電話から医事係（内線 1031）までご連絡ください。
 - ア 次回の予約がない場合
 - イ 予約はあるが1ヶ月以上先の場合
 - ウ 不承認となった場合

※不承認の場合は、自己負担金（保険自己負担金 2 割もしくは 3 割、食事療養費など）を請求いたします。必要に応じて振込み用紙を送付させていただきます。

氏名、生年月日、住所等を記載し、
郵送してください

自立支援医療（育成医療）意見書				
受診者氏名	男・女	生年月日	年 月 日	(満 歳)
受診者住所				
病名	発症年月日		1 先天性 2 年 月 日	
障害の区分 (該当するものに○をつけて下さい)	1. 肢体不自由 2. 視覚障害 3. 聴覚、平衡機能障害 4. 音声、言語、そしゃく機能障害 5. 心臓機能障害 6. 腎臓機能障害 7. 小腸機能障害 8. 肝臓機能障害 9. その他内臓機能障害 10. 免疫機能障害			
医療の具体的方針				
治療見込期間等	入院治療	年 月 日～	年 月 日	(日間)
	通院治療	年 月 日から	回	(日間)
	訪問看護	年 月 日から	回	(日間)
			(通算 日間)	
医療費概算額	入院治療費	円		
	通院治療費	円		
	訪問看護等	円		
	計	円		
移送費見込額		円		
医療費及び移送費合計額		円		
治療における障害の回復状況の見込				
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。				
平成 年 月 日				
指定自立支援医療機関 名 称				
担当医師名				
印				

自立支援医療受給者証（育成医療）			
公費負担者番号		公費受給者番号	
フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
住所			
保険者名			
被保険者記号		番 号	
フリガナ			
氏名			
住所			
親 類			
病院・診療所			
指定医療機関			
自己負担上限額 (月額)		有効期間	
公費負担の対象となる障がい		特定疾病療養受給証	
医療の具体的方針			
備 考			
上記のとおり認定する。			
平成 年 月 日			
			大阪府長 <input type="checkbox"/>

電算処理等に加入している方は、その旨を記載をお願いします。本受給者証と併せて当該医療機関の指定医療機関番号に必ず記入してください。人工透析を受ける方は、本受給者証と併せて特定医療費受給者証(透析用)を提出してください。