

自立支援医療費（育成医療）支給認定手続きの御案内

自立支援医療費（育成医療）制度とは

障害児または、現存する障害もしくは疾患に係る医療を行わないと、将来障害を残すと認められる児童であって、確実な治療の効果が期待できる場合に、治療に要する費用の助成を行う制度（保険適用医療の自己負担分の一部を助成）です。

1 対象となる方

対象児が次のすべてにあてはまる場合には、自立支援医療費（育成医療）制度から医療費の助成（一部自己負担額あり）を受けることができます。

- ① 18歳未満の児童であり、申請者（保護者）が川崎市内に住んでいること。
 - ② 次の身体障害があり、確実な治療の効果が期待できるもの。（内臓機能の障害によるものについては、手術により、将来、生活能力を維持できる状態となるものに限り、内科的治療のみのものは対象外となります。）
 - ア…視覚障害
 - イ…聴覚、平衡機能の障害
 - ウ…音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
 - エ…肢体不自由
 - オ…心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓の機能の障害

※腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となります。

 - カ…先天性の内臓の機能の障害（オに掲げるものを除く）
 - キ…ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
- ③ 世帯の市民税所得割額が39万円未満であること。又は39万円以上である場合は、高額治療継続者に該当すること。※世帯の考え方及び高額治療継続者については4を参照してください。

2 手続きの流れ

※申請にあたっての注意事項

原則、事前申請（医師が判断した診療開始日より前）です。申請日以降の認定となりますので、手続きが遅れた場合は、その分の医療費の助成が受けられません。

本制度ではそれぞれの障害について支給認定を行うため、重複しない複数の育成医療を別々の指定医療機関で受ける場合は、それぞれに申請が必要です。

- ① 3を参照のうえ、必要な書類を揃えて、保護者がお住まいの区の地域みまもり支援センター児童家庭課に申請します。申請者は対象児の保護者となります。
また、代理の方による申請の場合は、保護者からの委任状が必要です。
受付時間は平日8時30分から12時まで、13時から17時までです。児童家庭課にて受理し、審査のうえ、認定となった方へ決定通知書、受給者証、自己負担上限額管理票を送付します。通常は受理後2～3週間で送付しますが、書類不備の場合は遅れる場合や送付できない場合もありますので留意してください。
なお、認定とならなかった方へも、その旨通知をいたします。

- ② 受給者証、自己負担上限額管理票を提示して指定された医療機関で受診してください。
公的医療保険の適用とならない治療や実費等の自己負担分は助成対象となりません。
また、入院時食事療養費の自己負担分についても、生活保護受給世帯を除き、助成対象になりませんので、医療機関にお支払いただく必要があります。
- ③ 本制度で交付する医療証の有効期間を超えて、引き続き治療が必要な場合は有効期間内に再認定の申請が必要となります。

3 申請に必要な書類等

●申請時にお持ちいただくもの

○印鑑（認印可）

記載内容に不備があった場合、その場で訂正をお願いする場合があります。

○申請者（保護者）のマイナンバー及び本人（身元）確認ができる書類

（ア）マイナンバー番号確認書類

個人番号カード、マイナンバーの記載のある住民票の写しのいずれか1つ。

（イ）本人（身元）確認書類

個人番号カード、運転免許証、身体障害者手帳、パスポートなど、公的機関が発行する顔写真有の証明書のいずれか1つ。又は、年金手帳、戸籍謄本、公的医療保険情報のわかるもの、児童扶養手当証書などの証明書のうちいずれか2つ。

※申請者（保護者）の記載するマイナンバーに誤りがないこと、なりすましによる申請を防ぐための措置となっています。

※マイナンバーの記載がない場合でも申請はできますが、**記載がない場合は、市民税の課税状況の確認できる書類を別途提出していただく場合があります。**

●提出書類

申請に必要な申請書類は各区地域みまもり支援センター児童家庭課で配布又は市のホームページに掲載しています。

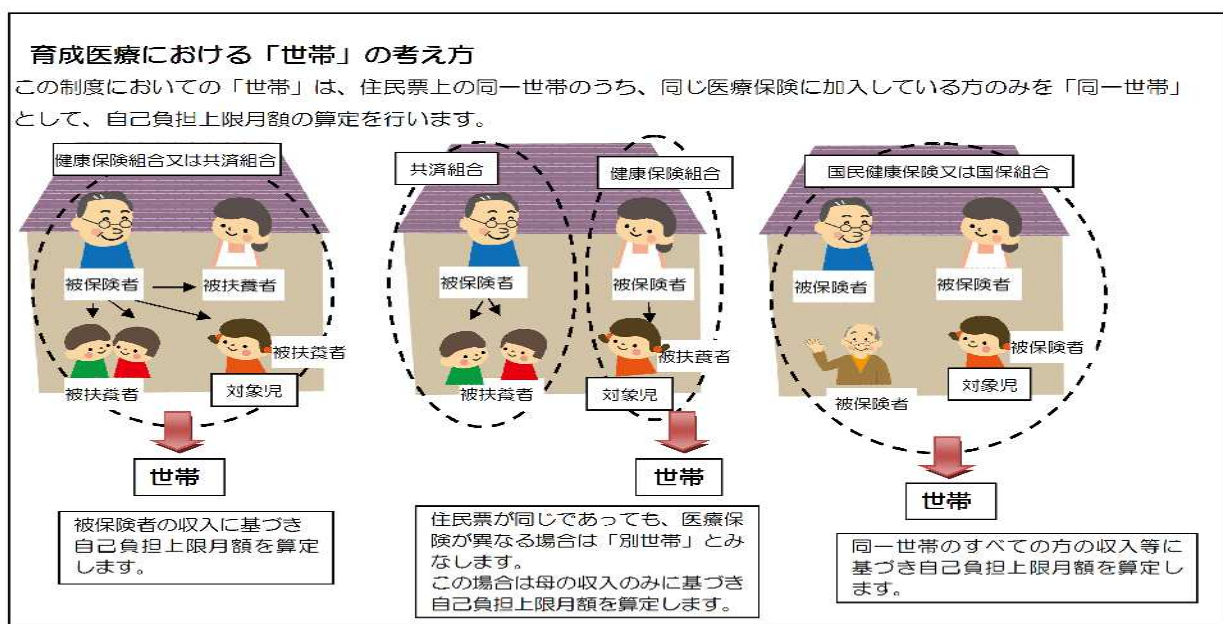
提出に必要な書類等	留意点等
☐ 自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書	申請者（保護者）は父母どちらでも構いません。
☐ 世帯状況届及び同意書	
☐ 自立支援医療（育成医療）意見書	指定医療機関の医師が作成したものに限りです。
☐ 公的医療保険情報のわかるものの写し ※対象児が加入している保険によって写しの必要な方の範囲が異なります。	・ 国保及び国保組合の場合は、同じ医療保険に加入している方全員分必要です。（申請者（保護者）が後期高齢医療に加入している場合は特例により同一世帯とみなすため、申請者分も含め全員分必要です。） ・ 上記以外の医療保険（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合など）の場合は被保険者分と対象児分が必要です。（対象児が被保険者の場合は対象児分のみ） ・ 公的医療保険については、次のうち、いずれか1点以上を御用意ください。 ① マイナ保険証 マイナンバーを用いてこちらで確認させていただきます。 なお、申請が必要な方の中で、マイナ保険証で対応される場合は、その人ごとのマイナンバーが必要になりますので、対象者全員分の個人番号を世帯状況届及び同意書に記入してください。 ※1 マイナ保険証は、マイナンバーカードを取得した後、マイナポータルにて御自身で保険情報を登録する必要がご

	ざいます。マイナンバーカードを取得しただけではマイナ保険証として使用できませんので、御注意ください。 ※2 保険情報が照会できなかった際は、改めて別の書類の提出をお願いすることもありますので、御了承ください。 ②資格確認書 加入している公的医療保険から発行されたものを御用意ください。
□「世帯」の住民税課税額等を証明する以下の書類 ○自治体が発行する住民税の「課税証明書」または「非課税証明書」 ○生活保護の「受給証明書」	<u>次に該当する場合のみ</u>御提出ください。 - 申請日（治療見込期間の開始日が申請日以降であればその日）が令和8年7月～令和9年6月の間で、令和8年1月2日以降（治療見込期間の開始日が令和9年7月～令和10年6月の間の場合は、令和9年1月2日以降）に転入の場合でかつ申請書にマイナンバーの記載がない場合 - 対象児が川崎市以外に在住し、かつ対象児本人が加入する公的医療保険の被保険者である場合
□公的年金・手当等の受給状況のわかる通知書等の写し	住民税非課税世帯の方で、障害年金・遺族年金、経過的福祉手当、労災等による障害保障給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等を受給している方は御提出ください。
□特定疾病療養受療証の写し	腎臓機能障害に対する人工透析療法を行っている場合は、受療証の写しを添付してください。
□高額療養費の多数該当を証明する書類の写し （高額療養費に係る決定通知、等）	申請前の12か月以内において高額療養費に該当したことが3回以上あった場合は、「高額治療継続者」の該当となります。

※再認定の申請の場合は一部添付を省略できる場合がありますので「5 再認定申請・変更等手続きについて」を御参照ください。

参考 世帯の考え方のイメージ図

育成医療制度については、住民票ではなく加入している公的医療保険に基づき、世帯として認定しますので、対象児と同じ公的医療保険に加入している方の所得に応じた自己負担上限月額を算定します。



4 自己負担額について

自立支援医療(育成医療)に係る自己負担額については、医療費の1割(医療費の1割が自己負担上限月額を超える場合は自己負担上限月額)となります。また、対象児の世帯の市民税所得割額が39万円以上の場合は高額治療継続者に該当する場合のみ本制度の対象となります。

自己負担上限月額に達した月は、それ以上医療機関窓口でお支払いする必要はありません。

<自己負担上限月額表> ※1

世帯の市民税課税状況等	自己負担上限月額	高額治療継続者※2 (重度かつ継続)
生活保護受給世帯	0円	0円
市民税非課税世帯 (令和8年6月30日まで)収入額80万9千円以下 (令和8年7月1日以降)収入額82万6千5百円以下 ※3	2,500円	2,500円
市民税非課税世帯 (令和8年6月30日まで)収入額80万9千円を超える (令和8年7月1日以降)収入額82万6千5百円を超える ※3	5,000円	5,000円
市民税所得割額3万3千円未満 ※4	5,000円	5,000円
市民税所得割額3万3千円以上23万円5千円未満 ※4	10,000円	10,000円
市民税所得割額23万5千円以上39万円未満 ※4	40,200円	20,000円
市民税所得割額39万円以上 ※4	制度対象外	20,000円

※1 市民税課税状況の税年度は申請日(治療見込期間の開始日が申請日以降の場合はその日)で判断します。昨年7月1日～今年6月末であれば前年度、今年7月1日～来年6月末であれば当年度となります。

※2 対象児が高額治療継続者に該当し上限月額が減額される方は次の①又は②に該当する場合です。

①申請前の12か月以内において高額療養費に該当したことが3回以上あった場合

②心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る。)、腎機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る。)、又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有する場合

※3 合計所得金額、公的年金等の収入金額、特別児童扶養手当等の合計額で階層を決定します。

※4 市町村民税の所得割額は、平成24年度に廃止された15歳以下の年少扶養控除と16～18才の特定扶養控除が廃止されなかったと仮定したときの税額を算出して適用します。また、寄付金税額控除、住宅借入金等特別税額控除が適用されないものとした税額を適用します。

5 再認定申請・変更等手続きについて

医療証の有効期間を超えて治療が必要な場合や治療方針の変更、医療機関の追加、加入する公的医療保険の変更等については、次のとおり手続きが必要です。区の地域みまもり支援センター児童家庭課に届出等をしてください。川崎市内で他区へ転居する場合は転居前、転居後どちらの区でも届出が可能です。届出等に必要な様式は各区地域みまもり支援センター児童家庭課で配布又は市のホームページに掲載しています。

なお、現在の支給認定期間中に満18歳となった場合は、継続（再認定）の申請は行えません。

内 容	必要な書類等
再認定申請 ・有効期間を超えて治療が必要な場合が対象です。	・自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書 ・世帯状況届及び同意書 ・現在交付されている受給者証 ・自立支援医療（育成医療）意見書 ※1
治療方針の変更 ・医療証の有効期間内に限ります。	・自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書 ・自立支援医療（育成医療）意見書 ・現在交付されている受給者証
医療機関（薬局）の追加	・自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書 ・現在交付されている受給者証
医療機関（病院・診療所等）の変更	・自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書 ・自立支援医療（育成医療）意見書 ・現在交付されている受給者証
転居・加入する公的医療保険の変更 ・川崎市外から転入した際は新規申請になります。	・自立支援医療受給者証等記載事項変更届 ※2 ・現在交付されている受給者証 ・世帯状況届及び同意書 ・公的医療保険情報のわかるものの写し
受給者証の紛失・破損	自立支援医療費受給者証再交付申請書 （破損による再交付の場合は、現在交付されている受給者証を返還してください。）

※1 病状の変化及び治療方針の変更がなく、現在の支給認定の申請に際に意見書を添付している場合は省略可（下記「再認定申請に係る意見書の省略の考え方」参照）

※2 世帯状況の変化や加入している保険の種類の変更により、支給認定に変更が生じる場合は、変更届ではなく自立支援医療費支給認定（新規・変更）申請書

再認定申請に係る意見書の省略の考え方

新規支給認定申請 意見書必須	再認定申請（1回目） 病状の変化及び治療方針の変更なし 意見書省略可	再認定申請（2回目） 病状の変化及び治療方針の変更なし 前回意見書を省略した場合は必須
-------------------	--	---



上記の例によらず、現在支給認定されている障害の種類と、異なる障害で支給認定の申請を行う場合や、病状の変化や治療方針に変更がある場合は、意見書の省略不可

6 治療に必要な装具（補装具）の給付について

育成医療の対象の治療にあたり、医師の指示に基づき、公的医療保険の適用となる治療に必要な装具を購入する場合に費用の助成を行います。ただし、一旦、購入事業者に全額お支払いいただき、後日、必要書類を揃えて申請していただく必要があります。

対象となる主な装具は、多岐に渡りますので、適用の可否については、医師又は公的医療保険に御相談ください。

なお、装具の購入についても、毎月の自己負担上限額が適用されますので、装具の給付月の受診状況により、給付される金額が異なります。

また、給付の対象となるのは支給認定期間中に装着した補装具に限ります。

《装具購入の流れ》

- ① 医師の指示に基づき装具を購入。
- ② 加入する公的医療保険に療養費（装具）の給付申請。還付までの期間は公的医療保険によって異なります。
- ③ 公的医療保険から還付後、各区児童家庭課へ育成医療負担分の申請。
- ④ 審査後、装具の費用のうち、公的医療保険負担分、保護者負担分（当該月の自己負担上限月額範囲）を除いた金額を申請いただいた口座に振り込みます。

提出に必要な書類等	留意点等
☐ 育成医療費支給申請書	申請者（保護者）は父母どちらでも構いません。
☐ 育成医療補装具装着証明書	指定医療機関の医師による証明が必要となります。
☐ 請求書・支払金口座振替依頼書	申請者名義の口座を記載及び押印を忘れずをお願いします。 ※「申請者：母 振込先：父」のように申請者と振込先が異なる申請はできません。
☐ 装着月の上限額管理票の写し	
☐ 補装具の領収証の写し	
☐ 公的医療保険から発行される給付決定通知書の写し	
☐ 受給者証の写し	

書類提出・問い合わせ先

名 称	電 話 番 号	名 称	電 話 番 号
川崎区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-201-3219	宮前区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-856-3239
幸区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-556-6688	多摩区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-935-3297
中原区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-744-3263	麻生区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-965-5158
高津区地域みまもり支援センター児童家庭課	044-861-3250		