

○本事業の趣旨

身体に不自由のあるお子さん、またはそのまま放置しておく、将来生活に支障をきたす障害を残すおそれのある疾病にかかっているお子さんに対して、原因となっている病気を治療、または障害軽減のために必要な医療を**自立支援医療（育成医療）指定医療機関**で行う場合、保険診療の自己負担相当分、治療用補装具費用等を障害者自立支援法の規定により公費で負担する制度です。医療費に係る自己負担額は原則1割ですが、同じ医療保険に加入している家族の方の市民税額（所得割額）により自己負担上限月額が決められており、ひと月に支払う自己負担額は自己負担上限月額までとなります。

申請後、子育て給付課で審査を行い、承認された場合、自立支援医療（育成医療）受給者証を交付いたしますので、受給者証に記載された医療機関（薬局及び訪問看護も含む）受診の際に提出してください。

○対象（必ずお読みください）

- 1 18歳未満で、保護者の方が高知市内に住民票を有すること
- 2 受診者の属する支給認定基準世帯員（加入保険の保険料の算定対象となっている方※加入保険によって異なります）の市民税所得割額の合計が23万5千円未満であること（ただし、市民税所得割額の合計が23万5千円以上の世帯で「重度かつ継続（詳細は裏面の※1の説明文を参照）」に該当する場合を除く。）
- 3 **自立支援医療（育成医療）指定医療機関での治療であること**（病院で必ずご確認ください）
- 4 身体障害者福祉法第4条の規定による別表に掲げる程度の身体上の障害を有する児童又は現存する疾患が、当該障害又は疾患に係る医療を行わないときは、将来において同別表に掲げる障害と同程度の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こと
- 5 上記1から4に該当し、申請後、審査の結果、承認された方

○注意事項（必ずお読みください）

- 1 申請にあたっては、**主治医とご相談された上で行ってください。**（上記対象の3および4に該当するかご確認ください。）
- 2 **育成医療の申請は、事前申請が原則**となっております。遑って受給することはできませんので、早めの申請をお願いします。（できれば1か月前までに申請をお願いします。）
- 3 **院外処方を受けられる場合は、自立支援医療（育成医療）指定薬局でのみ受けることができます。**申請の際、申請書に利用される薬局名もご記入ください。育成医療指定薬局かどうかの確認については子育て給付課までお問い合わせください。
- 4 助成の対象は、保険診療分の医療費となります。**入院時の食事代、個室ベッド差額代、オムツ代等の費用については助成対象外です。**

○申請に必要な書類（ただし4,7,8については該当者のみ）

- 1 **自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書**・・・保護者記入
※申請者（保護者）は受診者の親権者のうち、**主たる生計者**（原則は受診者の加入する**健康保険の被保険者**）としてください。
- 2 **自立支援医療（育成医療）意見書**・・・主治医記入
- 3 **加入する健康保険の資格情報が確認できる書類**・・・資格確認書、資格情報のお知らせ等
 - ◆ 受診者と同じ健康保険に加入している方全員分
 - ◆ 現行の保険証は令和7年12月1日まで確認書類として使用可能です。
 - ◆ マイナンバーカードをご持参される場合は、**マイナンバーポータル**の健康保険情報画面を窓口で提示してください。
- 4 **所得課税証明書**（市町村市民税所得割額及び扶養の内容のわかるのものが必要）
※確認が必要な年度
 - 1月から6月に申請される方・・・前年度（前々年分所得）
 - 7月から12月に申請される方・・・現年度（前年分所得）
 - ① 転入や単身赴任により、該当年度において高知市で課税決定がなされていない方
⇒該当年度の1月1日現在の居住地へ申請し、所得課税証明書の交付を受けて下さい。
 - ② 所得の申告をされていない方
⇒該当年度の1月1日現在の居住地の課税担当課へ所得の申告を行って下さい（高知市以外の市町村へ申告された方は、証明書の提出が必要です）。
- 5 **申請者（保護者1の※を参照）の身元確認書類**・・・個人番号カード・運転免許証・障害者手帳など ※郵送申請時はコピー
- 6 **申請者の個人番号（マイナンバー）を確認**・・・個人番号カード・通知カード・個人番号が記載された住民票の写しできるもの
または住民票記載事項証明書 ※郵送申請時はコピー
- 7 市町村市民税が非課税の場合で障害年金・遺族年金・障害児福祉手当等を受給されており、手当等を除いた所得等の合計額が80万円以下の方
受給された年金・手当の金額（年額）の分かる書類（証書・振込通知書等）が必要
⇒ 1月から6月に申請する方は**前々年分**、7月から12月に申請する方は**前年分**の証明が必要です。
- 8 「**重度かつ継続**」に該当する方は必要書類を提出してください。（詳細は裏面の※1の説明文を参照）

○自己負担額について（申請書の該当する所得区分について）

チェックシート

所得区分	該当条件（市民税所得割額）	自己負担額 （1か月の自己負担上限額）
生保	生活保護世帯	自己負担なし （ 0円）
低 1	市 民 税：非課税 収入の合計額： <u>80万円以下</u> 注：障害年金・遺族年金・障害児福祉手当等を受給されている方は受給された金額（年額）の分かる書類（証書・振り込み通知書等）を提出	1割負担 （ 2,500円）
低 2	市 民 税：非課税 収入の合計額： <u>80万円より多い</u>	1割負担 （ 5,000円）
中間1 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>3万3千円未満</u>	
中間2 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>3万3千円以上, 23万5千円未満</u>	1割負担 （10,000円）
一定以上 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>23万5千円以上</u>	医療保険の負担割合 負担限度額 育成医療の対象外
		「重度かつ継続」に該当（※1） （20,000円）

※1 「**重度かつ継続**」の該当する方（下記①又は②に該当する方が対象）

- ① 腎臓・小腸・免疫・心臓機能障害（心臓移植術後の抗免疫療法に限る）・肝臓機能障害（肝臓移植術後の抗免疫療法に限る）のいずれかに該当する方
- ② 市民税所得割額が一定以上の方で、医療保険の高額療養費で多数該当する方（家族内で同じ医療保険に加入していて、申請日を基準にして過去12か月以内に高額療養費の支給が3回以上あった方）

注：上記②に該当する方は、保険者から発行される高額療養費の決定通知書が3枚又は高額療養費の請求に係る医療機関の領収書（保険適用の治療）3枚が必要になります。

※2 所得区分が「中間1」、「中間2」、「一定以上のうち重度かつ継続に該当」の方の自己負担上限額の適応は令和9年3月31日までです。

○申請先および問い合わせ先
（郵送の際、切り取ってご利用ください）

〒780-8571
高知市本町5丁目1番45号
高知市役所子育て給付課 育成医療担当

TEL 088-823-9447