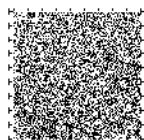


3. 医療

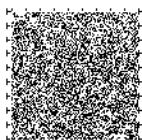
制 度	対 象 者	給付の内容等	制 限	窓口・手続
心身障害者医療費助成(マル障)	次のいずれかに該当する方 ①身体障害者手帳(1～2級、内部障害については1～3級)所持者 ②愛の手帳(1～2度)所持者	医療を受ける際、保険適用後の自己負担額の一部を助成します。	次の方は対象外となります。 ①医療保険未加入の方 ②生活保護を受けている方 ③医療保険自己負担がない施設に入所している方 ④65歳以上の方(新規申請の方) ⑤後期高齢者医療の受給者で住民税が課税されている方 ⑥所得制限基準額を超える方	身体障害者手帳または愛の手帳、保険証を持って申請し、マル障受給者証の交付を受けてください。 障がい者福祉課庶務係 内線 2131・2132
自立支援医療(更生医療)	18歳以上で身体障害者手帳所持者	障害者の方の障害の程度を軽減し、または障害を除去するために医療が必要な場合に、その医療費を公費で負担します。 医療保険の本人負担分を給付の対象としません。	・所得に応じて自己負担があります。 ・更生医療は身体障害者手帳に記載されている障害についてのみ医療給付が認められます。 ・対象とならない医療や手術もあります。	受給者証の交付を受け、指定医療機関で診療を受けます。なお東京都心身障害者福祉センターの書類判定が必要です。 ※ただし、じん臓、小腸、免疫機能障害の場合は指定医療機関の意見書で市が決定 障がい者福祉課 認定サービス係 内線 2135・2136
自立支援医療(育成医療)	18歳未満で、身体に障害を有するため手術等を必要とし、確実な治療効果が期待される児童	医療保険適用後の自己負担分の一部を助成します。	所得制限基準額を超える方は対象外となります。 詳しくは子育て推進課にお問い合わせください。	こども育成課 手当・医療係 内線 2143・2144
自立支援医療(精神通院)	精神疾患(てんかんを含む)を理由として、指定医療機関において通院による精神医療を継続的に要する方 (年齢制限はありません。)	原則1割負担。保険の種類、受診者または被保険者等の所得状況・疾患等により自己負担額が変わります。 ※非課税世帯の方には、この自己負担をさらに助成する制度が別にあります。	保険医療に限ります。	障がい者福祉課 相談支援係 内線 2133・2134
小児精神障害者入院医療費助成	都内在住の精神障害により精神病室に入院治療を必要とする満18歳未満の方 ※ただし、継続治療の場合は満20歳の誕生月の末日まで延長が可能。	精神障害の医療に必要な費用の全額を助成します。 ※ただし、食事標準負担額を除く。	保険医療に限ります。	障がい者福祉課 相談支援係 内線 2133・2134



制 度	対 象 者	給付の内容等	制 限	窓 口 ・ 手 続
難病等医療費助成制度	国や都が指定している難病(およそ338疾病)やスモン、プリオン病にり患している方で認定基準に該当する方	疾病を治療するために受けた診療・調剤等に要した医療保険適用後の自己負担分の一部を助成します。	<ul style="list-style-type: none"> ・所得に応じて、自己負担があります。 ・対象疾病 潰瘍性大腸炎、パーキンソン病、特発性間質性肺炎等 	申請書類にもとづいて東京都が決定し、認定者には医療券が交付されます。 障がい者福祉課庶務係 内線 2131・2132
特殊医療費等助成制度	①腎不全により、人工透析を行っている方 ②先天性血液凝固因子欠乏症等にり患している方	「特定疾病療養受領証」(マル長)を適用後の自己負担額を助成します。	保険医療に限ります。	障がい者福祉課庶務係 内線 2131・2132
B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度	都内に住所があり、東京都が指定する肝臓専門医療機関でB型・C型ウイルス肝炎のインターフェロン治療、B型ウイルス肝炎の核酸アナログ製剤治療、またはC型ウイルス肝炎のインターフェロンフリー治療を要すると診断され、認定基準に該当する方	治療にかかる保険診療の患者負担額から患者一部負担額を除いた額を助成します。 ※患者一部負担額は市民税の課税状況により異なります。 医療費助成の対象となっている治療 (B型ウイルス肝炎) 1. インターフェロン治療 2. 核酸アナログ製剤治療 (C型ウイルス肝炎) 1. インターフェロン治療 2. インターフェロンフリー治療	次の方は対象外となります。 ①生活保護を受けている方	申請書類にもとづいて東京都が決定し、認定者には医療券が交付されます。 認定された場合の助成期間は、治療方法ごとに異なります。詳しくは下記へお問い合わせください。 障がい者福祉課庶務係 内線 2131・2132
小児慢性特定疾病の医療費助成	都内在住の18歳未満の児童で、対象疾病の認定基準に該当する方	疾病を治療するために指定医療機関で受けた診療・調剤等に要した医療保険適用後の自己負担分の一部を助成します。 ※指定医療機関については、東京都のホームページ(https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/siteiiryokikan.html)での確認、またはお問い合わせ下さい。 ※病院等で負担をいただく額等、詳しくは、お問い合わせください。	<ul style="list-style-type: none"> ・同一世帯員の所得に応じて、自己負担があります。 ・対象疾病群 悪性新生物(がん)、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝異常、血液疾患、免疫疾患、神経・筋疾患、慢性消化器疾患、染色体または遺伝子に変化を伴う症候群、皮膚疾患、骨系統疾患、脈管系疾患群 	申請書類にもとづいて東京都が決定し、認定者には医療券が交付されます。 こども家庭センター 母子保健係 電話 0428-23-2191



制 度	対 象 者	給付の内容等	制 限	窓口・手続
大 気 汚 染 医 療 費 助 成 制 度	次のいずれにも該当すること ①18歳未満のもの (生年月日が平成9年4月1日以前で、有効期間内の医療券を持っているものは更新のみ可能) ②気管支ぜん息、慢性性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気腫およびこれらの続発症に罹患している方 ③東京都の区域内に引き続き1年(3歳に満たない者は6か月)以上住所を有する方 ④医療保険各法の規定により医療に関する給付を受ける方 ⑤申請日以降喫煙しない方	対象疾病の治療や投薬等に係る医療費のうち、医療保険適用後の自己負担額(ただし、入院時の食事療養標準負担額または生活療養標準負担額および自己負担額※を除く) ※生年月日が平成9年4月1日以前の方は月額6千円の自己負担があります。	保険医療に限ります。 ・生年月日が平成9年4月1日以前の方は月額6千円の自己負担額があります。	申請書類にもとづいて東京都が決定し、認定者には医療券が交付されます。 健康課健康推進係 電話 0428-23-2191
ひ と り 親 家 庭 等 の 医 療 費 の 助 成	父または母が重度の障害者(身体障害者手帳おおむね1～2級程度)である場合で、18歳に達する以後の最初の3月31日までの間にある児童(児童が規則で定める程度の障害を有する場合は20歳未満)を扶養している保護者および児童。	医療保険適用後の自己負担分の一部を助成します。	次の方は対象外となります。 ①生活保護を受けている方 ②所得制限基準額を超える方 ③施設に入所している児童	こども育成課 手当・医療係 内線 2143・2144



制 度	対 象 者	給付の内容等	制 限	窓 口 ・ 手 続
後 期 高 齢 者 医 療 制 度 に よ る 医 療 費 の 給 付	①75 歳以上の方 ②65 歳から 74 歳までの方で、 申請により広域連合が一定 の障害があると認めた方	医療費の自己負担額が 1 割・2 割・3 割のいずれ かになります。なお、1 ヶ月の自己負担額につい ては、上限があります。	保 険 医 療 に 限 り ま す。	保 険 年 金 課 後 期 高 齢 者 医 療 係 内 線 2117・2118
高 額 療 養 費 制 度	健康保険や後期高齢者医療等に 加入の方	1 ヶ月に支払った医療費 の自己負担額(保険診療 分)が限度額を超えた場 合、申請により後で高額 療養費として支給されま す。	保 険 医 療 に 限 り ま す。	(国民健康保険に加入の 方) 保 険 年 金 課 給 付 係 内 線 2116・2119 (後期高齢者医療に加入の 方)
高 額 療 養 費 の 長 期 特 定 疾 病 制 度	①人工透析を必要とする慢性腎 不全 ②血漿分画製剤(けっしょうぶ んかくせいざい)を投与して いる血友病 A または B ③抗ウイルス剤を投与している 後天性免疫不全症候群	「特定疾病療養受療証」 (マル長)の交付を受け ると、医療費の自己負 担額が 1 ヶ月 10,000 円 または 20,000 円になり ます。	保 険 医 療 に 限 り ま す。	保 険 年 金 課 後 期 高 齢 者 医 療 係 内 線 2117・2118 ※その他の健康保険の 方は加入している健 康保険組合等へお問 い合わせください。
在 宅 重 症 心 身 障 害 児 (者)等訪問事業	都内に住所があり、在宅で生活 をする重症心身障害児(者)お よび医療的ケアが必要な障害児 ※重症心身障害児とは、重度の 知的障害および重度の肢体不自由 が重複している方で、18 歳ま でにその状態になった方。 ※医療的ケアが必要な障害児と は、人工呼吸器管理や経管(経 鼻、胃ろう含む)等の医療的ケ アを受けている 18 歳未満の方。	重症心身障害児(者)の方 を週 1 回看護師が訪問 し、健康管理や医療的ケ ア発達・療育支援を行 います。家族の方には看護 技術指導、相談および助 言を行います。 利用期間は原則 1 年以 内、訪問実施日・時間は 原則固定です。 利用料はかかりません。 ただし、主治医の指示書 にかかる費用は利用者負 担となります。		東 京 都 西 多 摩 保 健 所 電 話 0428-22-6141 FAX 0428-23-3987

