



渡保子第 686 号
平成18年 1月18日

保護者各位 様

北海道渡島保健所長
(渡島保健福祉事務所保健福祉部長)

障害者自立支援法施行に係る自立支援医療（育成医療）の申請手続きに
ついて

このことについて、育成医療の公費負担医療制度は平成18年4月から「自立支援医療制度」として新たな制度になります。

つきましては、平成18年3月31日で有効期間が終了し、4月以降も継続して自立支援医療（育成医療）の支給を希望する「歯科矯正」等の受診者については、新たな制度での申請手続きが必要となりますので、次により申請手続きをしてください。

記

1 申請書類

- (1) 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書・・・【保護者が記入】
- (2) 自立支援医療費（育成医療）意見書・・・・・・・【指定医療機関の医師が作成】
- (3) 健康保険証の写し
- (4) 所得確認の証明書等

2 提出期限

平成18年2月24日（金）

3 提出先

〒041-8551

函館市美原4丁目6番16号（渡島合同庁舎）

北海道渡島保健福祉事務所保健福祉部

子ども・保健推進課子ども未来係

〔 子ども・保健推進課子ども未来係
担当：石川
電話 0138-47-9546
FAX 0138-47-9218 〕

お 知 ら せ

育成医療制度が【自立支援医療制度】に変わります。
平成18年4月から、「育成医療」、「更生医療」、「精神通院医療」の3つの制度が「自立支援医療」として1つの制度になります。

【受診するお子さんの保護者負担について】

- ① 原則、総医療費の1割を負担することになりますが、所得に応じて月当たりの負担上限額が設定されます。
- ② 継続的に相当額の医療費負担が発生する場合（「重度かつ継続」）には、月当たりの負担上限額が設定されます。
 - *「重度かつ継続」の対象
 - 疾病・症状から対象・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害のいずれかに該当する児童
 - 高額な費用負担が継続することから対象・・・医療保険の多数該当の世帯の児童（多数該当～高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度

【所得確認について】

- ① 受診するお子さんが健康保険や共済組合の被扶養者の場合は、当該医療保険の扶養者（被保険者、組合員）が所得確認の対象になります。
- ② 受診するお子さんが国民健康保険の被保険者の場合は、一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員が所得確認の対象になります。

*【育成医療の保護者負担上限額について】を参考にしてください。

～申請手続きについて～

○最寄りの保健所に次の書類を提出してください。

① 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書

◇記載例を参考に、必要事項を記入してください。

② 健康保険証の写し

受診するお子さんが

- ◇健康保険の被扶養者の場合—受診するお子さんと扶養者（被保険者）の健康保険証の写し
- ◇国民健康保険の被保険者の場合—受診するお子さんと一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員の被保険者証の写し

③ 所得確認の証明書等

受診するお子さんの保護者が

- ◇生活保護受給中の場合—直近の保護決定通知書または生活保護受給証明書
- ◇健康保険の被保険者の場合—被保険者の市町村民税課税証明書等
- ◇国民健康保険の被保険者の場合—被保険者全員の市町村民税課税証明書等
- ※その他、上記以外で市町村民税の課税状況が確認できる書類（市民税・道民税 特別徴収税額の通知書）

【③で市町村民税が非課税の場合】

④ 保護者全員の16年中の次の収入が確認できる資料

- ◇給与収入等—源泉徴収票写し等
- ◇年金収入（老齢、障害、遺族）—振込通知書写し等
- ◇特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉手当—手当証書写し等

⑤ 自立支援医療費（育成医療）意見書

◇指定自立支援医療機関の医師に作成してもらいます。

*多数該当の場合は決定通知書等写しが必要です。

【申請期日】

平成18年2月24日（金）まで

※不明な点は保健所に問い合わせてください。

渡島保健所 子ども・保健推進課子ども未来係

電話：0138-47-9546

自立支援医療（育成医療）の申請手続きに必要な書類について

1. 世帯

■世帯1

- A お父さん
- B お母さん
- C お子さん★受診者
- D お子さん

2. 保険種別

■父のみが被保険者の世帯

- ◇社会保険・共済組合等
 - 被保険者 A (お父さん)
 - 被扶養者 B・C★・D
- 父が家族全員を扶養している場合

■父、母それぞれが被保険者の世帯

- ◇社会保険・共済組合等
 - 被保険者 A (お父さん)
 - 被扶養者 C★
- 対象児童Cが母の被扶養者の場合は、母の分が必要
- 被保険者 B (お母さん)
 - 被扶養者 D

■全員が国保の世帯

- ◇国民健康保険
- 被保険者【世帯主】 A (お父さん)
- 被保険者 B・C★・D

■世帯2（祖父母と同居）

- A お父さん
- B お母さん
- C お子さん★受診者
- D お子さん
- E 祖父
- F 祖母

■父のみが被保険者の世帯（家族全員扶養）

- ◇社会保険・共済組合等
- 被保険者 A (お父さん)
- 被扶養者 B・C★・D・E・F

■社保と国保の世帯

- ◇社会保険と国民健康保険
 - ・社会保険・共済組合等
 - 被保険者 A (お父さん)
 - 被扶養者 B・C★・D
- 父が母と子どもを扶養し、祖父母は国保加入の場合
- ・国民健康保険
 - 被保険者 E (祖父)
 - 被保険者 F (祖母)

■全員が国保の世帯

- ◇国民健康保険
- 被保険者【世帯主】 A (お父さん)
- 被保険者 B・C★・D・E・F

3. 添付書類

■受診するお子さんが社会保険等の被扶養者の場合

1. Aお父さんの市町村民税課税証明書（役場の窓口で発行）
（町民税・道民税特別徴収税額通知書でも可）
→ 毎年5月頃役場から送付される（細長）
※市町村民税が非課税の場合（保護者全員分）
(1)非課税証明書（役場の窓口で発行）
(2)給与収入・・・・・・・・・・源泉徴収票の写し
(3)年金収入（老齢・障害・遺族）・・・・・・振込通知書等の写し
(4)特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過福祉手当・・・手当証書の写し
2. 保険証の写し（被扶養者A及び対象児童Cの分）

■受診するお子さんが国民健康保険の被保険者の場合

1. 世帯全員分の市町村民税課税証明書（役場の窓口で発行）
（町民税・道民税特別徴収税額通知書でも可）
→ 毎年5月頃役場から送付される（細長）
※世帯全員の市町村民税が非課税の場合（世帯全員分）
(1)非課税証明書（役場の窓口で発行）
(2)給与収入・・・・・・・・・・源泉徴収票の写し
(3)年金収入（老齢・障害・遺族）・・・・・・振込通知書等の写し
(4)特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過福祉手当・・・手当証書の写し
2. 保険証の写し（世帯全員分）

※上記添付書類に

- ・自立支援医療費（育成医療）支給認定書
- ・自立支援医療費（育成医療）意見書【医師作成】が必要になります。

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

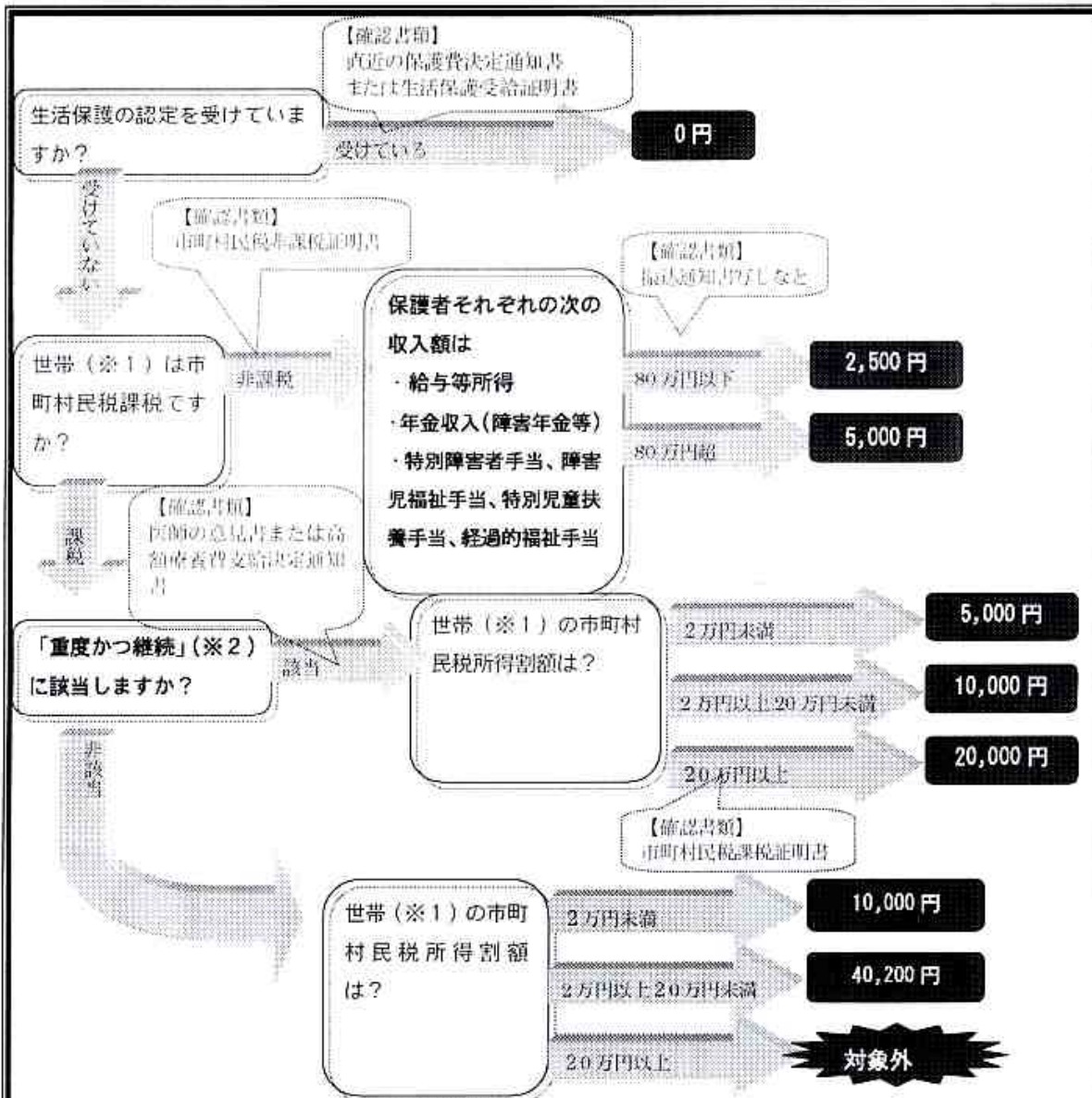
※1

受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 昭和 平成		
	フリガナ 受診者住所	〒				電話番号			
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒				電話番号 ※2			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名				
	受診者と同一保険の加入者(統柄)	()	()	()	()	()	()	()	
	該当する所得区分 ※3	1 受診者が生活保護受給世帯に属する							
		2 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下							
		3 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の場合							
		4 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者（※4）の市町村民税所得割額が2万円未満							
5 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が2万円以上20万円未満									
重度かつ継続（該当する所得区分が4～6の場合のみ） ※5	1 受診者が腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害のいずれかに該当する								
	2 受診者が医療保険の多数該当（※6）の世帯に属する								
保護者の収入の種別（該当する所得区分が2または3の場合のみ）	1 給与収入等 2 年金収入（老齢・障害・遺族） 3 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉手当								
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号					
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名				所在地・電話番号				
					(- -)				
					(- -)				
受給者番号 ※7									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>北海道知事 高橋 はるみ 様</p>									

※1 変更（負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定）申請の場合、受診者欄及び変更のある欄をすべて記入してください。
 ※2 受診者と異なる場合に記入してください。
 ※3 該当すると思う番号に○をしてください。
 ※4 健康保険や共済組合の場合～受診者の医療保険の扶養者（被保険者、組合員）
 国民健康保険の場合～受診者と一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員
 ※5 該当すると思う番号に○をしてください。
 ※6 高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度
 ※7 再認定または変更申請の方のみ記入し、自立支援医療受給者証（育成医療）の写しを添付してください。

【育成医療の保護者負担上限額について】

*入院時の食事療養費は別途負担になります。



※1 この場合の「世帯」とは医療保険単位で、次の方が所得確認の対象になります。

- ◇受診するお子さんが健康保険や共済組合の被扶養者～お子さんの医療保険の扶養者（被保険者、組合員）
- ◇受診するお子さんが国民健康保険被保険者～お子さんと一緒に国民健康保険の被保険者になっている方
全員

※2 「重度かつ継続」とは次の①または②のいずれかの場合です。

- ①お子さんが腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害のいずれかに該当
- ②疾病に関わらず高額な費用負担が継続する医療保険の多数該当の世帯

◇多数該当～高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度