

第2章 医療費の助成

認知症の進行を遅らせたり、症状に対応したりするためには、定期的に医療機関に通院し、必要な治療や助言を受けることが大切です。医療費の負担を軽減する制度がありますので、活用しましょう。

1. 自立支援医療(精神通院医療)

心身の障がい除去・軽減のための医療について、医療費の自己負担額を軽減する制度です。

対象者

通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障がいを有する方が対象です。
ただし、市町村民税(所得割)が年23万5千円以上の世帯の方は、原則として対象にはなりません。

内容

精神障がいおよびその精神障がいが原因で生じた病態に対して、病院または診療所に入院しないで行われる医療(通院医療)が対象です。症状がほとんど消失している方であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためになお通院治療を続ける必要がある場合も対象となります。

原則として、かかった医療費の1割の定率負担となり、世帯の所得水準などに応じてひと月当たりの負担に上限額が設定されます。

申請

必要書類を居住地の市町の窓口へ提出します。各市町の窓口の一覧はP54～56
提出された書類を県で判定し、受給者証の交付決定を行います。

受給者証は市町を通じてお渡しします。やむを得ない事情により、医療機関への送付を希望する場合には、各市町の窓口にご相談ください。

申請に必要なもの

1. 自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書
2. 診断書
3. 健康保険証
4. 世帯の所得等を確認する書類(住民税非課税世帯の方のみ)
障害年金証書、年金振込通知書または通帳の写しなど
5. 同意書
6. マイナンバーカードまたは通知カード

※申請書、診断書、同意書は市町の窓口にて複写式の様式があります。
※更新申請の場合は自立支援医療受給者証が必要です。

注意事項

精神通院医療の受給は、申請日以降に限られます。

受給者証の有効期間は1年です。有効期限の3か月前から更新申請が可能です。



2. 重度障がい者(精神)医療費無料化対策事業

重度の精神障がい者の方が必要な医療を安心して受けられるよう、全ての通院医療にかかる医療保険の自己負担額を助成するものです。

対象者

精神障害者保健福祉手帳(障害等級1、2級のみ)所持者、かつ自立支援医療(精神通院医療)受給者の方が対象です。

所得制限があり、受給者もしくはその配偶者または扶養義務者の前年の所得が一定の額以上であるときは受給できない場合があります。

精神障害者保健福祉手帳はP28、自立支援医療(精神通院医療)はP10

内容

医療機関の窓口で支払った自己負担額から、高額療養費などの給付を受ける額を除いた額が、後日、居住地の市町から助成されます。

申請

居住地の市町の窓口にお問い合わせください。各市町の窓口の一覧はP54～56

3. 特定医療費(指定難病)支給認定制度

国の指定する難病の方に対して、該当する疾患に関わる医療費を助成する制度です。指定医療機関に受診した際の医療費が助成されます。所得に応じて自己負担の上限額が定められています。

対象者

県内に居住地(住民票)があり、指定難病にかかっていると認められる方のうち、次のいずれかに該当する方が対象です。

1. 病状の程度が厚生労働大臣の定める程度(個々の指定難病に応じ、日常生活または社会生活に支障があると医学的に判断される程度)である方
2. 1に該当しない場合であって、支給認定の申請のあった月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月数が既に3か月以上ある方(軽症高額特例に該当する方)

※若年性認知症の方が該当する可能性のある主な疾患は前頭側頭葉変性症です。

内容

特定医療費(指定難病)受給者証に記載された指定難病およびその指定難病に付随して発生する傷病に関する医療に対し、医療費の助成が受けられます。受給者の方は、自己負担割合が3割から2割に軽減されます。また、受診した複数の医療機関の自己負担を全て合算し、所得や治療状況に応じた自己負担上限月額を限度として医療費を負担することとなります。

受診の際には、必ず受給者証と裏面に添付してある「自己負担上限額管理票」を指定医療機関の窓口へ提出してください。



難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額(月額)

階層区分	階層区分の基準		一般	高額かつ長期※	人工呼吸器等装着者
生活保護			0円	0円	0円
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税(世帯)	本人年収80万円以下	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ		本人年収80万円超	5,000円	5,000円	1,000円
一般所得Ⅰ		市町村民税課税以上7.1万円未満	10,000円	5,000円	1,000円
一般所得Ⅱ		市町村民税7.1万円以上25.1万円未満	20,000円	10,000円	1,000円
上位所得		市町村民税25.1万円以上	30,000円	20,000円	1,000円

※「高額かつ長期」とは、月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある方(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上)をいいます。

申請

居住地を管轄する健康福祉センター(保健所)に申請します。申請書の記載にあたっては、健康福祉センター(保健所)にご確認ください。健康福祉センター・保健所の一覧はP57

申請に必要なもの

1. 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規用)
 2. 臨床調査個人票(診断書)
 3. 世帯全員の住民票(「統柄」記載のあるもの)
 4. 健康保険証の写し
 - ※受診者が国民健康保険(国保組合含む)または後期高齢者医療制度に加入している場合は、加入医療保険の世帯全員分が必要です。
 - ※上記以外の場合は受診者分が必要です。ただし、受診者が被扶養者の場合は、被保険者分も必要になります。
 5. 加入医療保険世帯の課税証明書(市町村民税(非)課税証明書などの所得状況が確認できる書類)
 - ※受診者が国民健康保険(国保組合含む)または後期高齢者医療制度に加入している場合は、世帯内で同じ医療保険に加入している方全員分(市町国保・後期高齢者医療の方については、義務教育以下は省略可)が必要です。
 - ※上記保険以外の場合は被保険者分が必要です。
 6. 医療保険の所得区分確認書類(同意書)
 7. その他必要に応じて必要となる書類
 - ・ 身体障害者手帳、介護保険者証などの写し
 - ・ 市町村民税非課税世帯の場合は受診者の収入を確認できるもの(障害年金、遺族年金などの証書)
 - ・ 同一の医療保険世帯内に指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持つ方がいる場合はその写し
 - ・ 軽症高額特例に該当する方は、当該月の医療費総額が確認できる領収書、医療費申告書
- ※申請書類は、受診者の状況によって例外があり、上記以外にも提出が必要になる書類があります。詳しくは、健康福祉センター(保健所)にご確認ください。
- ※支給認定の申請の際に個人番号(マイナンバー)の記載が必要です。申請の際には、個人番号の確認および本人確認のための書類を持参してください。



4. 高額療養費制度

公的医療保険における制度の一つで、医療機関や薬局の窓口で支払った額が、暦月(月の初めから終わりまで)で一定額を超えた場合に、その超えた金額が支給されます。年齢や所得に応じて支払う医療費の上限が定められており、いくつかの条件を満たすことにより、さらに負担を軽減する仕組みも設けられています。

対象者

ひと月あたりの医療費の自己負担額が高額となった方が対象です。

内容

70歳未満の被保険者・被扶養者が同一の医療機関に対して、1か月に窓口で支払った一部負担金・自己負担額が表の自己負担限度額を超えたときは、超えた金額が申請により、高額療養費として後日支給されます。

また、高額療養費の自己負担限度額に達しない場合であっても、同一月内に同一世帯で21,000円以上の自己負担が複数あるときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給されます(世帯合算)。なお、同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000円以上ある場合も同様です。

同一世帯で1年間(診療月を含めた直近12か月)に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります(多数該当)。

※保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象になりません。

※70～74歳の方がいる世帯では算定方法が異なります。詳しくは加入している公的医療保険にお尋ねください。

自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額	多数該当
年収約1,160万円～	健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
年収約770 ～約1,160万円	健保：標準報酬月額53万円以上79万円 国保：年間所得600万円超901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
年収約370 ～約770万円	健保：標準報酬月額28万円以上50万円 国保：年間所得210万円超600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
年収～約370万円	健保：標準報酬月額26万円以下 国保：年間所得210万円以下	57,600円	44,400円
住民税非課税		35,400円	24,600円

※年間所得とは、前年の総所得金額等から基礎控除を控除した額のことをいいます。

高額療養費の現物給付化(限度額適用認定証)

高額療養費制度では、医療機関より請求された医療費の全額を支払ったうえで申請することにより、自己負担限度額を超えた金額が払い戻しされます。しかし、あらかじめ「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関の窓口で提示することで、医療機関ごとに1か月の支払額が自己負担限度額までとなります。



申請

加入している公的医療保険(国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合など)に申請します。

各市町の国民健康保険の窓口の一覧はP54～56

5. 高額医療・高額介護合算療養費制度

公的医療保険と介護保険の自己負担額を合算し、1年間の合計額が自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額が払い戻される制度です。

対象者

世帯内で同じ公的医療保険の加入者で、医療保険と介護保険の自己負担があり、8月から1年間にかかった自己負担額の合計が自己負担限度額を超える方が対象です。

内容

公的医療保険ごとの世帯を単位として、1年間(8月1日から7月31日まで)に支払った医療保険と介護保険の自己負担額(高額療養費および高額介護(予防)サービス費の支給を受けることができる場合にはその額を除く)を合算して自己負担限度額を超えた場合、申請により、その超えた金額が支給されます。

70歳未満の医療保険の自己負担額は、医療機関別、医科歯科別、入院・通院別に21,000円以上ある場合に合算の対象となり、入院時の食費負担や差額ベッド代等は含まれません。

※公的医療保険・介護保険の自己負担額のいずれかが0円である場合は支給の対象になりません。また、自己負担限度額を超えた金額が500円以下の場合も支給の対象にはなりません。

※70～74歳の方がいる世帯では算定方法が異なります。詳しくは加入している公的医療保険にお問い合わせください。

自己負担限度額

所得区分	自己負担限度額
年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：年間所得901万円超	2,120,000円
年収約770～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万円以上79万円 国保：年間所得600万円超901万円以下	1,410,000円
年収約370～約770万円 健保：標準報酬月額28万円以上50万円 国保：年間所得210万円超600万円以下	670,000円
年収～約370万円 健保：標準報酬月額26万円以下 国保：年間所得210万円以下	600,000円
住民税非課税	340,000円

※年間所得とは、前年の総所得金額等から基礎控除を控除した額のことをいいます。

申請

まず、居住地の市町の介護保険制度の窓口で申請手続きを行い、介護保険の自己負担額証明書の交付を受けます。各市町の介護保険制度の窓口の一覧はP54～56

自己負担額証明書を添付して7月31日時点で加入している公的医療保険(国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合など)に申請します。各市町の国民健康保険の窓口の一覧はP54～56

