2　医療

２　医療

重度心身障害者医療

窓口　高齢・障害医療課

電話番号：224-6195

重度心身障害者に対し、保険診療の一部負担金等を助成します。

※本人に一定以上の所得がある場合は、支給を停止します。

（対　　象）健康保険に加入していて、次のいずれかに該当する方が対象となります。ただし、いずれの場合でも平成２７年４月１日以降に６５歳以上で新たに障害の程度が該当の等級になった方は対象外です。

①身体障害者手帳１～４級の交付を受けている方

②療育手帳Ⓐ～B の交付を受けている方

③精神障害者保健福祉手帳１・２級の交付を受けている方（精神障害者保健福祉手帳１級の方は、精神病床への入院費用は助成対象外・精神障害者保健福祉手帳２級の方は、自立支援医療（精神通院医療）に係る自己負担額が助成対象。）

④６５歳～７４歳で埼玉県後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けている方

⑤７５歳以上で市長の認定を受けた方

（申　　請）以下のものをお持ちください。

①身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳

②加入健康保険を証する書面(資格確認書等)

③本人名義の通帳など振込先口座がわかるもの

④印鑑（代筆する場合）

⑤個人番号（マイナンバー）が確認できるもの

後期高齢者医療の障害認定

窓口　高齢・障害医療課
電話番号：224-5842

６５歳から７４歳の方で一定の障害がある方は、申請をすることにより後期高齢者医療の障害認定を受け、後期高齢者医療制度に加入することができます。

後期高齢者医療制度に加入すると、現在加入している医療保険（国民健康保険、健康保険組合、共済組合等）から脱退することになり、医療費の自己負担が変更となる場合があります。

また、これまで加入していた保険料（税）に代わり、埼玉県後期高齢者医療広域連合が定めた保険料を納めることになります。

（対　　象）○身体障害者手帳　１・２・３級
○身体障害者手帳４級のうち、音声機能または言語機能の障害に該当するとき
○身体障害者手帳４級のうち、下肢障害で
・１号（両下肢のすべての指を欠くもの）
・３号（１下肢を下腿の２分の１以上欠くもの）
・４号（１下肢の機能の著しい障害）
に該当するとき
○障害基礎年金　　１・２級
○療育手帳　　Ⓐ・A
○精神障害者保健福祉手帳　１・２級

（申　　請）以下のものをお持ちください。
①身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳
②年金証書（障害基礎年金で申請される方）
③加入健康保険を証する書面(資格確認書等)

ひとり親家庭等医療費助成

窓口　こども政策課
電話番号：224−6278

ひとり親家庭等で対象者の条件にあてはまる場合（所得制限あり）、医療費のうち、医療保険適用後の一部負担金を支給します。

（対　　象）次のいずれかに該当する方が対象となります。
①父又は母が一定の障害を持つ場合、当該障害を持たない父又は母及び高校生年代（18 歳の年度末）までのこども
②母子家庭の母及び高校生年代（18 歳の年度末）までのこども
③父子家庭の父及び高校生年代（18 歳の年度末）までのこども
④両親のいない高校生年代（18 歳の年度末）までのこども及び養育者
※こどもが特別児童扶養手当の障害基準に該当する場合は、20 歳未満まで

（申　　請）申請方法は担当までお問い合わせください。

自立支援医療（更生医療） 窓口　障害者福祉課 電話番号：224-5785	障害の軽減や身体機能の回復に効果のある治療を受けるために、医療費の一部を公費で負担する制度です。 **（対　　象）**身体障害者手帳の交付を受けている１８歳以上の方で、障害の軽減や除去に効果のある医療を受ける方。 **（支給内容）**人工透析、腎移植及び術後の抗免疫療法、抗 HIV 療法、人工関節置換術等。 **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①、②、③及び申請書の用紙は障害者福祉課にあります。） ①医学的意見書 ②医療費概算額算定表 ③同意書 ④特定疾病療養受療証（人工透析等を受けている方） ⑤身体障害者手帳（すでに交付を受けている方） ⑥マイナンバー（個人番号）及び身元確認書類 ⑦健康保険等の資格情報を確認できる書類（以下のいずれかをお持ちください） 〇加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」 〇マイナポータルの医療保険者の資格情報の画面もしくはデータを印字したもの （申請者のスマートフォン等からマイナポータルの資格情報の画面をご提示いただきます） 〇健康保険証の原本 ＊内容により、レントゲンや心電図の写し等の書類が必要になる場合があります。 ＊転入者は他市で発行された自立支援医療受給者証（更生医療）等の書類が必要になる場合があります。 ＊申請後は県の判定を経て、支給決定を行います。その後「自立支援医療受給者証」を交付します。 **（費　　用）**原則、医療費の１割の負担です。なお、世帯（同一医療保険単位での世帯）の所得状況によって月額の負担上限額が設定されます。一定以上の所得がある場合は支給対象外となる場合があります。 **（有効期間）**１年以内

自立支援医療（精神通院医療）

窓口　障害者福祉課
電話番号：224-5785
窓口　保　健　所
（保健予防課）
電話番号：227-5102

精神障害者の早期治療及び再発予防等を目的として、精神科通院治療を受けるために医療費の一部を公費で負担する制度です。

（対象疾病） 統合失調症、気分障害、アルコール・薬物依存症、神経症、人格障害、てんかん、高次脳機能障害など。

（申　　請） 以下のものをお持ちください。（①、②及び申請書の用紙は障害者福祉課、保健予防課にあります。）

①意見書

＊自立支援医療（精神通院）の再認定申請時や診断書で精神障害者保健福祉手帳を同時申請する場合、意見書が不要となることがあります。

意見書は申請日から３ヶ月以内に記載されたものに限ります。

②同意書

③マイナンバー（個人番号）及び身元確認書類

④健康保険等の資格情報を確認できる書類（以下のいずれかをお持ちください）

〇加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」

〇マイナポータルの医療保険者の資格情報の画面もしくはデータを印字したもの （申請者のスマートフォン等からマイナポータルの資格情報の画面をご提示いただきます）

＊転入者は他市で発行された自立支援医療受給者証（精神通院）等の書類が必要になる場合があります。

＊申請後は県の審査を経て、「自立支援医療受給者証」が交付されます。

＊新規・再認定・医療機関変更の申請の方は、左のＱＲコードから申請書を事前作成できます。

（費　　用） 原則、医療費の１割の負担です。なお、世帯（同一医療保険単位での世帯）の所得状況によって月額の負担上限額が設定されます。一定以上の所得がある場合は支給対象外となる場合があります。

（有効期間） １年以内

自立支援医療（育成医療）

窓口　総合保健センター
（健康管理課）
電話番号：229-4124

身体に障害のある児童（１８歳未満）で、確実な治療効果が期待できる方が、指定医療機関で医療を受ける場合、医療等の給付を行います。

＊一定所得以上の方は、この制度の給付対象外になることがありますので、担当にお問い合わせください。

（対象疾患群）

０１．肢体不自由	０２．視覚障害	０３．聴覚・平衡機能障害
０４．音声・言語・そしゃく機能障害	０５．心臓機能障害	０６．腎臓機能障害
０７．小腸機能障害	０８．肝臓機能障害	０９．その他内臓機能障害
１０．免疫機能障害		

（申　　請）以下のものをお持ちください。（①～④の用紙は健康管理課にあります。）※申請は事前にお願いします。

①申請書
②医療意見書（指定医療機関で記入していただきます）
③世帯調書
④同意書
⑤印鑑（本人による自署ができない場合のみ）
⑥加入健康保険確認書類
（1）児童が川越市国保又は国保組合(業種別国保)に加入の場合は、児童と同じ保険証上の「世帯」全員分の写し。
（2）児童が健康保険、（共済）組合等の上記以外の医療保険に加入の場合は、児童の健康保険の資格情報が確認できる書類の写し。
＊現状では、マイナンバーカードと健康保険を紐付けている場合も加入健康保険確認書類の写しが必要となります。
⑦マイナンバー（個人番号）及び身元確認書類
＊転入者は他市で発行された自立支援医療受給者証（育成医療）等の書類が必要になる場合があります。

（費　　用）原則、育成医療に該当する医療費の１割が自己負担となります。（ただし、所得に応じて月毎の自己負担上限額を設定しています。）

未熟児養育医療 窓口　総合保健センター （健康管理課） 電話番号：229-4124	未熟児（出生時体重が2,０００ｇ以下または、一般状態、呼吸器系、消化器系等が未熟な状態の児で１歳未満）に対し、入院医療等の給付を行います。 ＊病院は指定養育医療機関であることが必要です。原則出生後２週間以内に申請してください。 **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①～③及び⑥の用紙は健康管理課で配布、または川越市のホームページからダウンロードできます。） ①養育医療給付申請書 ②養育医療意見書 ③世帯調書 ④加入健康保険確認書類（乳児が加入する予定のもの） ⑤こども医療費受給者証（写し可） ⑥こども医療費支給申請書 ⑦個人番号（マイナンバー）確認書類 ⑧申請に来られた方の身元確認書類 ⑨課税証明書等（省略できる場合あり） **（費　　用）**市町村民税額等に応じて自己負担金がかかります。自己負担金は「こども医療費助成制度」の対象となります。詳しい手続き方法は担当までお問い合わせください。
結核児童療育 窓口　総合保健センター （健康管理課） 電話番号：229-4124	１８歳未満で結核にかかった児童に対して、入院医療等の給付を行います。 **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①～③の用紙は健康管理課にあります。） ①申請書 ②医療意見書（指定医療機関で記入していただきます） ③世帯調書 ④加入健康保険確認書類 ⑤マイナンバー（個人番号）及び身元確認書類
医療安全相談 窓口　保健所 （保健総務課） 電話番号：227-5101 FAX 番号：224-2261	適切な医療を受けるには、患者と医療機関との良好な信頼関係が大切です。市の医療安全相談窓口は、市内医療機関における患者の疑問や悩み事などの相談をお受けしています。 同窓口では、解決に向けた助言、医療機関への連絡（必要と判断される場合）、内容に応じた適切な相談窓口の紹介等を行っています。 **（対　　象）**患者、市民 **（窓　　口）**保健所　保健総務課　医事・薬事担当 （川越市医療安全支援センター）

小児慢性特定疾病医療 窓口　総合保健センター （健康管理課） 電話番号：229-4124	国が指定した小児慢性特定疾病にかかっている児童（１８歳未満）に対し、医療等の給付を行います。 ＊１８歳到達後も引き続き治療が必要である場合は、継続の手続きをすることにより、２０歳未満まで延長されます。 **（対象疾患）**小児慢性特定疾病情報センターホームページにてご確認ください。（https://www.shouman.jp/） **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①、④の用紙は健康管理課にあります。）また、加入する医療保険等により、必要な書類が異なります。担当までお問い合わせください。 ①申請書 ②医療意見書（指定医が作成したもの） ③加入健康保険確認書類 ⑴児童が川越市国保又は国保組合(業種別国保)に加入の場合は、児童と同じ保険証上の「世帯」全員分の写し。 ⑵児童が健康保険、（共済）組合等の上記国保以外の医療保険に加入の場合は、児童の健康保険の資格情報が確認できる書類の写し。 ④同意書 ⑤マイナンバー（個人番号）及び身元確認書類 **（費　　用）**原則、小児慢性医療に該当する医療費の２割が自己負担となります。（ただし、所得に応じて月毎の自己負担上限額を設定しています。） **＊申請後は審査を経て、「小児慢性特定疾病医療受給者証」が交付されます。** **＊認定後は１年に１回継続の手続きが必要となります。**

指　定　難　病　医　療 窓口　総合保健センター （健康管理課） 電話番号：229-4124	国が指定した指定難病がある方について保険診療による医療費の自己負担分の一部を公費負担する制度です。 **（対象疾患）**難病情報センターホームページにてご確認ください。 （http://www.nanbyou.or.jp） **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①～④の用紙は健康管理課にあります。） ①申請書 ②個人番号記載票 ③臨床調査個人票（指定医が作成したもの） ④同意書 ⑤住民票（世帯全員記載のもの） ⑥自己負担上限月額の算定に必要な書類 **※患者が加入する医療保険により必要な書類が異なります。必ず担当までお問い合わせください。** ⑦加入健康保険確認書類 ⑴患者が川越市国保、後期高齢者医療広域連合、国保組合(業種別国保)に加入している場合は、患者と同じ健康保険に加入している方全員分の写し。 ⑵患者が健康保険（共済）組合等の上記以外の医療保険に加入している場合は、患者の健康保険の資格情報が確認できる書類の写し。 **（費　　用）**原則、指定難病医療に該当する医療費の２割（健康保険の自己負担割合が 1 割の方は 1 割のまま）が自己負担となります。（ただし、所得に応じて月毎の自己負担上限額を設定しています。） **＊申請後は県の審査を経て、「指定難病医療受給者証」が交付されます。** **＊認定後は 1 年に 1 回継続の手続きが必要となります。**

肝炎治療医療費助成 窓口　総合保健センター （健康管理課） 電話番号：229-4124	Ｂ型およびＣ型ウイルス性肝疾患に対する保険適用のインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療および核酸アナログ製剤治療を受けた際の、医療費の自己負担分の一部を公費負担する制度です。 **（申　　請）**以下のものをお持ちください。（①、②、③、⑦、⑧の用紙は健康管理課にあります。） ①申請書 ②診断書（所定の様式のもの） ③世帯調書 ④住民票（世帯全員記載のもの） ⑤市・県民税課税（非課税）証明書（世帯全員分） ⑥加入健康保険確認書類（患者本人） 【以下、該当の方のみ提出】 ⑦インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書 ⑧市町村民税世帯合算対象除外申告書 ⑨⑧の合算対象を除外する方の健康保険証の写し **（費　　用）**患者の世帯（住民票上の世帯）全員の市民税課税年額の合算額（所得割額のみ）に応じて、月毎の自己負担上限額を設定しています。 **＊申請後は県の審査を経て、「肝炎治療受給者証」が交付されます。**
高額療養費制度	マイナ保険証や資格確認書を使用して医療機関で診療を受けた時、同じ月内の医療費の一部負担金が、自己負担限度額を超えた場合は、限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。 なお、マイナ保険証を利用するか、あらかじめ加入している保険者（健康保険組合や市町村健康保険担当課など）に「限度額適用認定証」の交付申請をし、認定証を医療機関に提示すれば、原則窓口での負担は自己負担限度額までとなります。（後期高齢者医療制度に加入している方は、「限度額適用認定証」の交付申請ではなく、資格確認書の限度区分への併記申請が必要です。） ＊川越市国民健康保険及び後期高齢者医療制度以外の健康保険に加入している方は、加入している健康保険等にお問い合わせください。 **（窓　　口）** **＊川越市国民健康保険に加入している方** 国民健康保険課　224-5836 **＊後期高齢者医療制度に加入している方** 高齢・障害医療課　224-5842
障害のある方々の歯科相談と診療	川越市予防歯科センターにおいて、歯科相談や障害者サポート歯科医院などの紹介を行っています。

（窓　　口）川越市予防歯科センター

電話番号：049-224-3891

ＦＡＸ番号：049-223-1825

川越市総合保健センター（健康づくり支援課）

電話番号：049-229-4121

ＦＡＸ番号：049-225-1291

＊川越市総合保健センターは案内のみです。診療相談や他機関への紹介等の業務は川越市予防歯科センターになります。

＊歯科相談や診療相談の窓口、地域の障害者サポート歯科医院の一覧が掲載されているリーフレットを公共機関等で配布しています。

また、川越市ふれあい歯科診療所においては、障害者歯科診療も行っています(要予約)。

川越市ふれあい歯科診療所

電話番号：049-227-8119

ＦＡＸ番号：049-227-8123