

1 自立支援医療制度

(1) 自立支援医療（更生医療）

身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上のかたが、更生医療の指定を受けている医療機関で、身体上の障がいを軽減し、日常生活を容易にするための治療（人工透析、人工関節の手術等）について医療費の支給が受けられます。ただし、原則として医療費の1割の自己負担があります。（所得制限あり）

◆ 対象となる障害区分

- 肢体不自由
- 視覚障害
- 聴覚、平衡機能障害
- 音声、言語、そしゃく機能障害
- 免疫機能障害
- 内部障害（心臓、腎臓、小腸、肝臓機能障害に限ります。）

※身体障害者手帳に記載されている障がい（部位）に対する医療であること、保険診療であること等の条件があります。

◆ 必要書類

- 医学的意見書
- 申請書
- 同意書
- 健康保険証
- 身体障害者手帳
- マイナンバー（個人番号）を確認できるもの
- 本人確認書類（運転免許証等）
- ※代理人の場合は、代理人の本人確認書類（運転免許証等）
- 特定疾病療養受療証（人工透析の場合）

○ 年金を受給している場合、金額のわかるハガキなど

*意見書は、指定医療機関の担当医師へ記入を依頼してください。

また、市町村民税（所得割）や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

(2) 自立支援医療（育成医療）

18歳未満のかたが、育成医療の指定を受けている医療機関で、必要な治療について医療費の支給が受けられます。ただし、原則として医療費の1割の自己負担があります。（所得制限あり）

◆ 対象となる障害区分

- 肢体不自由
- 視覚障害
- 聴覚、平衡機能障害
- 音声、言語、そしゃく機能障害
- 免疫機能障害
- 内部障害（心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸および肝臓機能障害を除く障害については、先天性のものに限ります。）

※内部障害は手術の場合のみを対象としますが、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法および肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となります。

◆ 必要書類

- 自立支援医療（育成医療）意見書
- 申請書
- 同意書
- 健康保険証（世帯全員の写し）
- マイナンバー（個人番号）を確認できるもの
- 本人確認書類（健康保険証等）
- ※代理人の場合は、代理人の本人確認書類（運転免許証等）
- ＊意見書の記入は、指定医療機関の担当医師へ依頼してください。
- ＊また、市町村民税（所得割）や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

(3) 自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患（てんかんを含みます。）を有するかたが、通院による精神医療（外来、外来での投薬、デイケア、訪問看護など）を継続して受ける必要がある場合に、指定医療機関での通院医療費の自己負担分の一部を公費で負担します。事前に認定申請が必要です。

◆ 必要書類

- 申請書
- 同意書
- 診断書（秋田県指定の様式）
- 健康保険証（写し可）

国民健康保険	→	世帯全員の保険証の写し
社会保険（本人）	→	本人のみの保険証の写し
社会保険（家族）	→	被保険者と本人の保険証の写し
後期高齢者医療制度	→	世帯全員の保険証の写し

○前年の収入を確認できるもの（※非課税世帯で年金等の収入のあるかた）

○個人番号確認書類および本人確認書類

※申請書、診断書等は、健康管理課や医療機関に備え付けております。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 883-1180 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

2 特定疾病による通院、入院

小児慢性特定疾病医療費の助成

小児慢性特定疾病に該当するかたに医療受給者証を交付し、医療費や入院時の食事代を助成します。助成額は、疾病や課税状況等により異なりますので、詳細はお問合せください。

◆ 必要書類

- 申請書 ○医療意見書 ○健康保険証 ○個人番号確認書類
- 本人確認書類

◆ お問合せ先

子ども健康課 TEL 883-1172 FAX 883-1173
e-mail ro-chhl@city.akita.lg.jp

3 福祉医療制度

福祉医療制度による医療費の助成

次に該当するかたの保険診療にかかる自己負担分を助成します。

なお、健康保険に加入していないかた、生活保護を受給しているかたおよび他の制度により既に医療費助成を受けていて自己負担のないかたは、この制度での助成対象とはなりません。

◆ 対象者

- 身体障害者手帳の1～3級又は療育手帳Aをお持ちのかた
(社会保険の本人^(注)のみ所得制限があります。)
- 65歳以上で、身体障害者手帳の4～6級をお持ちのかた
(所得制限があります。社会保険の本人^(注)は該当しません。)

(注)「社会保険の本人」とは「国民健康保険、国民健康保険組合および後期高齢者医療以外の健康保険に加入している被保険者」をいいます。

◆ 必要書類

- 健康保険証
- 身体障害者手帳又は療育手帳
- 所得証明書(総所得金額等、扶養人数、各種控除額が記載されたもの)
※所得確認の対象者が、1月1日時点で、秋田市に住民登録をしていなかった場合(いわゆる住民税が、秋田市課税でない場合)に必要となります。秋田市課税の場合は、お知らせください。
なお、申請時期により、必要となる証明書の年度が異なります。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

4 未熟児での入院

未熟児の医療費の助成

赤ちゃんが未熟児で生まれて入院した場合の医療費と食事療養費（おむつ代等を除く。）を助成します（最長1歳未満まで）。

詳細はお問合せください。

◆ 対象費用

おむつ代などを除く入院医療費と食事療養費が対象です。

課税状況に応じて自己負担額を決定します。

なお、秋田市福祉医療費受給者証が交付されている場合、自己負担はありません。

◆ 必要書類

○申請書 ○世帯調書 ○養育医療意見書 ○健康保険証

○所得、課税状況に関する公簿等の閲覧同意書

○秋田市福祉医療費受給者証 ○個人番号確認書類 ○本人確認書類

◆ お問合せ先

子ども健康課

TEL 883-1172 FAX 883-1173

e-mail ro-chhl@city.akita.lg.jp

5 インフルエンザの定期予防接種

インフルエンザ定期予防接種

接種日に60歳以上65歳未満のかたで、心臓、じん臓、呼吸器の機能に障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいがあり、身体障害者手帳1級をお持ちのかたが、インフルエンザの定期予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。

実施期間、自己負担額等、詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課

TEL 883-1179 FAX 883-1158

e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

6 肺炎球菌感染症（高齢者）の定期予防接種

肺炎球菌ワクチン定期予防接種

接種日に60歳以上65歳未満のかたで、心臓、じん臓、呼吸器の機能に障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいがあり、身体障害者手帳1級をお持ちのかたが、肺炎球菌感染症（高齢者）の定期予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。

対象年齢であっても、今まで肺炎球菌ワクチンを接種したことがあるかたは助成の対象になりませんので、ご注意ください。

実施医療機関、自己負担額等、詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 883-1179 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

7 難病による通院、入院

(1) 特定医療費（指定難病）受給者証

指定難病に該当し、一定の認定基準を満たしているかたに、医療費助成の受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。

助成額は、課税状況により異なります。詳細は、お問合せください。

◆ 必要書類

- 申請書 ○同意書 ○住民票（世帯全員分） ○健康保険証の写し
 - 臨床調査個人票（指定様式） ○市民税・県民税（所得・課税）証明書
- ※申請書、臨床調査個人票、同意書は健康管理課に備え付けております。
※健康保険証と市民税・県民税（所得・課税）証明書の提出は、加入医療保険によって対象範囲が異なります。

	健康保険証の写し	市民税・県民税（所得・課税）証明書
国民健康保険	同じ世帯で国民健康保険に加入しているかた全員分	
後期高齢者医療制度	同じ世帯で後期高齢者医療制度に加入しているかた全員分	
国民健康保険組合	同じ世帯で国民健康保険組合に加入しているかた全員分	
被用者保険本人	被保険者のもの	被保険者のもの
被用者保険家族	被保険者と本人のもの	※被保険者が非課税の場合は被扶養者全員分
生活保護	「生活保護受給証明書」	

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 883-1180 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(2) 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

先天性血液凝固因子障害等に該当されるかたに医療受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。

必要書類は疾患により異なります。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 883-1180 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(3) 特定疾患医療受給者証

スモン、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。）に該当されたかたに、医療受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 883-1180 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

8 産科医療補償制度

産科医療補償制度

分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子さまとご家族の経済的負担を速やかに補償する制度です。

母子手帳に記載されているほか、産科医療補償制度のホームページで確認できます。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度専用コールセンター
TEL 0120-330-637

受付時間：午前9時から午後5時（土日祝日、年末年始を除く）

産科医療補償制度ホームページ <http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

