

新潟市自立支援医療費（育成医療）支給認定事業のご案内

身体に障がいのある児童、またはそのまま放置すると将来障がいを残すと認められる疾患がある児童（18歳未満）で、その障がいを除去・軽減する手術によって確実に治療効果が期待できるものに対して指定育成医療機関で行った医療費の一部を助成する制度です。

《対象者》

保護者が新潟市内に居住する18歳未満の児童

《対象となる医療費》

受給者証に記載されている指定医療機関および調剤薬局で支払った保険診療分の医療費が対象。

食事療養費、保険診療外（文書料・リネン・おむつ）の費用は対象となりません。

《申請手続》

原則、治療を開始する前に区役所健康福祉課に申請してください。

必 要 書 類	対象者	備 考						
1 自立支援医療費（育成医療） 支給認定申請書	全員							
2 自立支援医療（育成医療）意見書	全員	指定医療機関の指定医師が記入						
3 同意書	全員							
4 医療保険情報を確認する書類： 資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナ ポータルの「資格情報画面」のいずれかの写し	全員	国民健康保険の方は世帯全員分 社会保険の方は児童の分						
5 マイナンバーの確認書類	全員	児童の加入する医療保険加入者全員分 マイナンバーカードや通知カード等						
6 申請者の本人確認書類	全員	運転免許証やマイナンバーカード等						
7 遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当等 を受給の場合、前年の給付額がわかる書類	非課税 世帯の方							
8 市・県民税課税（所得）証明書 所得額・控除の内訳が記載されているもの	転入者で新潟 市に課税情報 がない方	治療開始月によって確認する年度が 異なります。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">治療開始月</td><td style="padding: 2px;">必要な年度</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4月～6月</td><td style="padding: 2px;">令和6年度 市・県民税課税証明書</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7月～3月</td><td style="padding: 2px;">令和7年度 市・県民税課税証明書</td></tr> </table>	治療開始月	必要な年度	4月～6月	令和6年度 市・県民税課税証明書	7月～3月	令和7年度 市・県民税課税証明書
治療開始月	必要な年度							
4月～6月	令和6年度 市・県民税課税証明書							
7月～3月	令和7年度 市・県民税課税証明書							

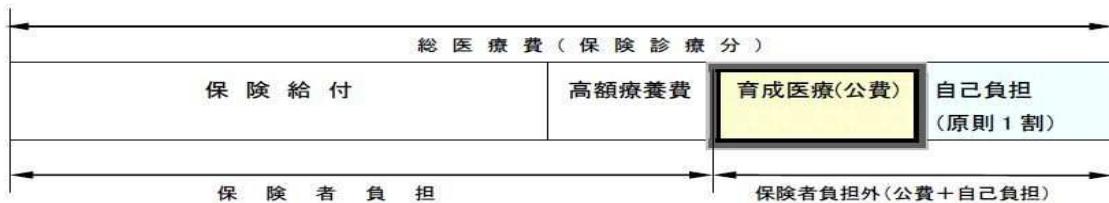
※その他申請内容により提出してもらう書類があります。

※通知カードは、記載された住所・氏名等が現在の住所・氏名等と一致するものに限ります。

※必要書類4について、社会保険の方で資格確認書、資格情報のお知らせに被保険者の記載がない場合は、児童と被保険者の両方の提出が必要です。また、いずれもお持ちでない場合や、持参された書類から必要な情報が確認できない場合は、マイナンバー（個人番号）による加入医療保険の資格確認が可能です。マイナンバーが分かるもの（マイナンバーカード等）をお持ちください。その場合、資格確認のため通常よりもお手続きにお時間をいただきますが、ご了承ください。（マイナンバーの健康保険証利用登録をしていない場合等は、マイナンバーによる資格確認が行えないため、必ず必要書類4の提出が必要となります。）

《自己負担額》

医療費の一部負担金は1割負担です。



児童の加入する医療保険の算定対象となっている方の市町村民税（所得割）の額に応じて、1ヶ月の自己負担上限額を決定します。

国民健康保険 ⇒ 同じ世帯の被保険者全員の市町村民税（所得割）の合計

社会保険 ⇒ 被保険者の市町村民税（所得割）

治療開始月に応じて市町村民税（所得割）の年度は異なります。

負担上限額

	市町村民税額の範囲	負担上限月額	重度かつ継続（※1）
生活保護	生活保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯	0円	—
低所得1	市町村民税非課税（収入≤80万9千円）	2,500円	—
低所得2	市町村民税非課税（収入>80万9千円）	5,000円	—
中間層1	市町村民税（所得割）<3万3千円	(※2) 5,000円	5,000円
中間層2	3万3千円≤市町村民税（所得割）<23万5千円	(※2) 10,000円	10,000円
一定所得以上	23万5千円≤市町村民税（所得割）	育成医療の対象外	(※2) 20,000円

☆（※1）「重度かつ継続」とは、①または②のうちのどちらかの方が対象になります。

① 疾患及び症状等で対象になる方

- 心臓機能障がいで、心移植術後の抗免疫療法を受けている方
- 腎臓機能障がいで、人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法を受けている方
- 小腸機能障がいで、中心静脈栄養法を受けている方
- 免疫機能障がいで、抗HIV療法を受けている方
- 肝臓機能障がいで、肝臓移植術後の抗免疫療法を受けている方

② 治療開始月前の1年間に医療保険の高額療養費の支給を3回以上受けた世帯の方

上記の②に該当する方は、「高額療養費の支給決定通知書の写し」等の提出が必要になります。

（※2）令和9年3月31日までの経過措置になります。

《調剤薬局の指定について》

調剤薬局の利用も助成対象となります。事前に調剤薬局の指定をする必要がありますので

申請時すでに調剤薬局の利用予定がある方は、申請書に薬局名称を記入してください。

受給者証の発行後、調剤薬局の利用が必要になった場合は速やかに手続きを行ってください。

指定できる調剤薬局は1か所です。複数指定はできません。

《記載事項変更があった場合》

住所・氏名・加入保険の変更が生じたときは速やかに変更届を出してください。

加入保険の変更に伴い、負担上限額の変更が生じる可能性があります。ご注意ください。

《申請手続きから医療費の支払まで》

- ① 必要書類を揃えて申請窓口に提出してください。
- ② 申請内容を審査し、自立支援医療（育成医療）支給の可否を決定します。
- ③ 支給認定した方 ⇒ 3週間程度で「受給者証」及び「自己負担上限額管理票」（※3）を郵送します。受診時医療機関及び調剤薬局に提示してください。
支給対象外の方 ⇒ 対象外通知書を郵送します。
- ④ 受診後医療機関等が医療費の自己負担額を請求します。支払額が月の負担上限額に達すると、その月の支払は次回からありません。

（※3）「自己負担上限額管理票」は、月の負担上限額を超えて支払をしないために、自己負担額等を記録する大切なものです。受給者証の有効期間終了後は各自で必要に応じて保管してください。

《給付の対象となる障がい区分と主な医療（例示）》

下記の疾患以外でも対象となることがありますので、指定育成医療機関の医師に相談してください。

障がい区分	主な医療（例示）												
視覚障害	○白内障、先天性緑内障、眼瞼欠損、斜視など → 手術等												
聴覚平衡機能障害	○先天性耳奇形 → 形成術（聴覚平衡機能障害の除去・軽減する手術等であること） ○高度難聴 → 人工内耳埋込術												
音声・言語・そしゃく機能障害	○口蓋裂等 → 形成術 ○唇顎口蓋裂に起因した音声・言語機能障害を伴う者であって、鼻咽腔閉鎖機能不全に対する手術以外に歯科矯正が必要な者 → 歯科矯正												
肢体不自由	○先天性股関節脱臼、内反足、斜頸、多（合）指（趾）症、脊椎側彎症、水頭症、くる病（骨軟化症）等に対する関節形成術、関節置換術、及び義肢装着のための切断端形成術など												
内部障害	<table border="1"><tr><td>心臓</td><td>○先天性心疾患 → 弁口、心室心房中隔に対する手術 ○後天性心疾患 → ペースメーカー埋込み手術 ○心臓移植後の抗免疫療法</td></tr><tr><td>腎臓</td><td>○腎機能障害 → 人工透析療法、 ○腎移植術（抗免疫療法含む）</td></tr><tr><td>小腸</td><td>○中心静脈栄養法</td></tr><tr><td>肝臓</td><td>○肝臓移植後の抗免疫療法</td></tr><tr><td>免疫</td><td>○抗HIV療法、免疫調節療法、その他HIV感染症に対する治療</td></tr><tr><td>その他の 先天性内臓障害</td><td>○先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、鎖肛、巨大結腸症、尿道下裂、停留精巣（睾丸）、漏斗胸など → 尿道形成、人工肛門の造設などの外科手術</td></tr></table>	心臓	○先天性心疾患 → 弁口、心室心房中隔に対する手術 ○後天性心疾患 → ペースメーカー埋込み手術 ○心臓移植後の抗免疫療法	腎臓	○腎機能障害 → 人工透析療法、 ○腎移植術（抗免疫療法含む）	小腸	○中心静脈栄養法	肝臓	○肝臓移植後の抗免疫療法	免疫	○抗HIV療法、免疫調節療法、その他HIV感染症に対する治療	その他の 先天性内臓障害	○先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、鎖肛、巨大結腸症、尿道下裂、停留精巣（睾丸）、漏斗胸など → 尿道形成、人工肛門の造設などの外科手術
心臓	○先天性心疾患 → 弁口、心室心房中隔に対する手術 ○後天性心疾患 → ペースメーカー埋込み手術 ○心臓移植後の抗免疫療法												
腎臓	○腎機能障害 → 人工透析療法、 ○腎移植術（抗免疫療法含む）												
小腸	○中心静脈栄養法												
肝臓	○肝臓移植後の抗免疫療法												
免疫	○抗HIV療法、免疫調節療法、その他HIV感染症に対する治療												
その他の 先天性内臓障害	○先天性食道閉鎖症、先天性腸閉鎖症、鎖肛、巨大結腸症、尿道下裂、停留精巣（睾丸）、漏斗胸など → 尿道形成、人工肛門の造設などの外科手術												

※ ◎は、疾病、症状等から高額治療継続者に該当するもの。

《こども医療費との関係》

月の受診回数や医療費の額によっては、育成医療の自己負担額よりこども医療費の自己負担額のほうが低くなることがあります。医療機関や調剤薬局はそれぞれ比較して、低い方の自己負担額を皆様に請求します。

ただし、県外の医療機関では市のことども医療費の取扱いができないため、育成医療の自己負担額をお支払いください。後日区役所窓口に払戻請求をすると差額が返金されますので必要に応じて手続きをお願いします。

《治療用装具について》

育成医療の受給期間中に医療保険の適用になる治療用装具が必要になった場合、治療用装具の費用も育成医療の助成対象になります。

装具業者に費用を支払った後、保険者に療養費申請をしてください。保険者から療養費支給決定通知書が送付されましたら、下記の書類をことども家庭課に提出してください。対象月の負担上限額に応じて差額を返金します。

☆提出書類について

- ① 自立支援医療費（育成医療）治療材料費請求書
- ② 内容証明書（指定医療機関の医師が作成したもの）
- ③ 領収書の写し（装具業者に支払った領収書）
- ④ 療養費支給決定通知書（保険者から送付されたもの）
- ⑤ 自立支援医療受給者証（育成医療）の写し
- ⑥ 自立支援医療費（育成医療）自己負担額上限管理票



① ②は区役所健康福祉課の窓口にあります。

《申請窓口》

区役所 健康福祉課（出張所・連絡所・保健福祉センターでは手続きできません）
制度内容についてはことども家庭課母子保健グループにお問合せください

お問合せ先 ☎ 951-8550

新潟市中央区学校町通1番町602番地1

新潟市こども未来部こども家庭課 母子保健グループ

電話 025-226-1205（直通）