４　医　　療

１　各種医療制度一覧

<table>
<tr><th colspan="5">身体障害者手帳の等級</th><th colspan="2" rowspan="2">各医療制度</th><th rowspan="2">対　象　者</th><th rowspan="2">医療費の自己負担</th><th rowspan="2">申　請　先</th></tr>
<tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5・6</th></tr>
<tr><td>○</td><td>○</td><td>△</td><td>×</td><td>×</td><td colspan="2">1.重度医療
（重度心身障害者医療費助成制度）</td><td>本人</td><td>・市民税非課税世帯（市民税全部減免者含む）、小学校就学前～なし
・市民税課税世帯～１割
・入院時の食事療養費については一部自己負担あり
※所得制限あり</td><td>障害福祉課
市役所１階
☎６５－４１４７</td></tr>
<tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>△</td><td>×</td><td rowspan="2">2.後期高齢者医療</td><td>65 歳～74 歳</td><td rowspan="2">・１割、２割又は３割
・自己負担限度額を超えた分の払い戻しあり。</td><td rowspan="2">国保課
市役所１階
☎６５－４１３８</td></tr>
<tr><td colspan="5">手帳の有無は問わない制度</td><td>75 歳以上</td></tr>
<tr><td colspan="5">（障害年金１級程度）</td><td colspan="2">3.ひとり親医療
（ひとり親家庭等医療費助成制度）</td><td>ひとり親又は配偶者が重度障害の父又は母と 20 歳未満の児童
※18 歳以上の児童には制限あり</td><td>・市民税非課税世帯（市民税全部減免者含む）、小学校就学前～なし
・市民税課税世帯～１割
・母及び父の歯科通院分は助成対象外
・入院時の食事療養費については一部自己負担あり
※所得制限あり</td><td>こども課
市役所３階
☎６５－４１６０</td></tr>
<tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td rowspan="4">4.療養具</td><td>各健康保険</td><td>被保険者
被扶養者</td><td>あり</td><td>各保険者
国保・社保・共済・健康保険組合など</td></tr>
<tr><td colspan="5">後期高齢者医療制度加入者</td><td>後期高齢者医療</td><td>後期高齢者医療制度加入者</td><td>・１割、２割又は３割</td><td>国保課
市役所１階
☎６５－４１３８</td></tr>
<tr><td>○</td><td>○</td><td>△</td><td>×</td><td>×</td><td>重度医療</td><td>本人</td><td rowspan="2">・市民税非課税世帯（市民税全部減免者含む）、小学校就学前～なし
・市民税課税世帯～１割</td><td>障害福祉課
市役所１階
☎６５－４１４７</td></tr>
<tr><td colspan="5">（障害年金１級程度）</td><td>ひとり親医療</td><td>ひとり親家庭の母又は父と 20 歳未満の児童</td><td>こども課
市役所３階
☎６５－４１６０</td></tr>
<tr><td colspan="5">手帳の有無は問わない制度</td><td colspan="2">5.人工透析・血友病の医療費（特定疾病療養受療証）</td><td>本人</td><td>・月額１万円（病院別、入院外来別、人工透析の方で 70 歳未満の上位所得者（負担区分ア・イの者）は２万円）</td><td>各保険者
国保・社保・共済健康保険組合など
（後期高齢者医療は国保課）</td></tr>
</table>

身体障害者手帳の等級					各医療制度	対　象　者	医療費の自己負担	申　請　先
1	2	3	4	5・6				
○	○	○	○	○	6. 自立支援医療（更生医療・育成医療）	更生医療 ～18 歳以上 育成医療 ～18 歳未満	・原則として 1 割負担 （世帯の課税状況により月額上限額あり）	障害福祉課 市役所 1 階 ☎６５－４１４７
児童は、身障手帳の有無は問わない								
手帳の有無は問わない制度					7. 難病の医療費助成	本人	月額の自己負担金 限度額あり	帯広保健所 健康支援第一係 （難病） ☎６７－５５８３ 北海道保健福祉部 健康安全局 地域保健課 難病対策係 ☎011-206-6028
					8. 小児慢性特定疾病の医療費助成	18 歳未満の児童	月額の自己負担金 限度額あり	北海道保健福祉部 健康安全局 地域保健課 難病対策係 ☎011-206-6028
○	○	○	○	○	9. 進行性筋萎縮症者･児の療養	進行性筋萎縮症と診断された障害者又は児童 （障害者の場合は、障害福祉サービスによる療養介護の対象）	・原則として 1 割負担 （世帯の課税状況により月額上限額あり）	１８歳未満 北海道帯広児童相談所 ☎２２－５１００ １８歳以上 障害福祉課 ☎６５－４１４７
児童は、身障手帳の有無は問わない								
手帳の有無は問わない制度					10. 11 ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策	本人	・生計中心者の市民税の有無に応じた負担 （ウイルス性肝炎・橋本病に関する治療分のみ）	北海道保健福祉部 健康安全局 地域保健課 難病対策係 ☎011-206-6026

２　各種医療制度の詳細

（１）重度医療（重度心身障害者医療費助成制度）

医療費のうち、自己負担分の助成を受けることができます。

1.対　象　者	(1) 身体障害者手帳１級・２級の方、３級の内部障害の方 (2) 重度の知的障害者 （おおむねＩＱ３５以下、または身障手帳３級でおおむねＩＱ５０以下の方）
2.条　　件	(1) 下記のとおり健康保険に加入している必要があります。 ▼６５歳未満の方は以下のいずれかに加入していること。 ①　国民健康保険　　②　協会けんぽ ③　健康保険組合　　④　共済組合 ▼６５歳以上の方は後期高齢者医療に加入していること。 (2) 所得制限により、助成されない場合があります。 ※世帯もしくは扶養義務者を対象に所得の判定を行います。
3.助成の開始日	申請した日からとなります。
4.助成内容	(1) 市町村民税非課税世帯（市民税全部減免者含む）、又は小学校就学前の方 →医療費自己負担分の全額助成　※初診時一部負担金も含めます。 (2) 上記(1) 以外の方 →総医療費の１割を自己負担いただき、残りが助成されます。 ・自己負担額の月額上限限度額 ※重度医療の限度額　外来 18,000 円（年間上限 144,000 円） 外来＋入院 57,600 円（多数回該当の場合 44,400 円） ※ 「世帯」には受給者の被保険者及び税法上の扶養者を含みます。 ※ 入院時の食事療養費・病衣・診断書などは、助成対象となりません。 ※ 病院等の窓口で、重度医療費助成に該当する分を支払った場合、申請により払い戻しがされます(下記５参照)。 ※ 市内、市外、道外の病院等で重度医療費助成に該当する医療費を支払った場合、申請により払い戻しがされます（下記５参照）。
5.現金支給	○ 市内、市外、道外の病院等で重度医療費助成に該当する医療費を支払った場合、払い戻しを受けることができます。 ○ 助成額　＝　総医療費　－　医療保険給付額 （重度医療の負担割合に応じて助成します。） ○ 必要なもの～領収書、振込先口座、重度医療受給者証
6.そ　の　他	(1) 年齢制限はありません。 (2) 生活保護受給者は、対象となりません。 (3) 健康保険、住所、氏名などが変更された時は、変更の届けが必要です。
7.優先順位	重度医療　＞　ひとり親医療（乳幼児医療がある場合、こども課へ返還）
8.持参するもの	① 身体障害者手帳　② 健康保険の情報がわかる書類（資格確認書等） ③ 対象者のマイナンバー確認書類（マイナンバーカード又は個人番号通知カード）
9.申　請　先	**(市)障害福祉課　～　市役所１階　☎６５－４１４７**

（２）後期高齢者医療の障害認定（６５歳～７４歳の後期高齢者医療）

後期高齢者医療の特例として、６５歳から７４歳の方で、身体上の障害があり日常生活を営むのに支障がある方が対象となります。

※身体障害者関係分

1. 対 象 年 齢	６５歳～７４歳
2. 対 象 等 級	(1) 身体障害者手帳　　１級・２級・３級の方 (2) 身体障害者手帳　　４級のうち ① 下肢障害の（ア）両下肢のすべての指を欠く方 （イ）一下肢を下腿の２分の１以上で欠く方 （ウ）一下肢の機能の著しい障害の方 ② 音声・言語機能の著しい障害の方
3. 適用の開始日	申請した日からとなります。 （ただし、６５歳の誕生日前に申請した場合は６５歳の誕生日から）
4. 内　　容	◇ 一部負担金の割合 ・住民税の課税所得が１４５万円以上の被保険者　３割（※） ・住民税の課税所得が２８万円以上の被保険者　２割（※） ・それ以外の被保険者　１割 （※）…収入等が一定以下の方は、割合が変更となる場合があります。 ◇ 入院時の食事代などの一部を負担していただきます。 （市民税非課税世帯は減額されます。） ◇ 一ヶ月の入院費が自己負担限度額を超えた場合、高額療養費として支給されます。 【注意】重度医療に該当している方は、一部負担金も助成対象となります。 ・市民税非課税世帯の方～全額助成 ・市民税課税世帯の方～１割負担
5. 持参するもの	①身体障害者手帳又は国民年金・厚生年金保険年金証書(障害基礎年金)等 ②対象者の健康保険の情報がわかる書類（資格確認書等） ③対象者のマイナンバー確認書類 （マイナンバーカード又は個人番号通知カード） ④窓口に来る方の本人確認ができるもの
6. 申　請　先	**(市)国保課　～　市役所１階　☎６５－４１３８**

（３）ひとり親医療（ひとり親家庭等医療費助成制度～親が重度障害者の場合）

父または母、もしくは両方が重度の障害者となった場合、その配偶者と児童が対象となる場合があります。

※身体障害者関係分

1. 対　象　者	父又は母もしくは両方が、重度の障害者の場合に、 その配偶者と２０歳未満の児童が対象　（18～20 歳未満については制限あり）
2. 条　　件	次の条件を全て満たしていること。 (1) 父又は母もしくは両方が、障害年金１級程度の障害の状態にあること。 (2) その配偶者が、２０歳未満の児童を扶養、監護していること。 (3) 各種健康保険に加入していること。
3. 助成の開始日	申請した日からとなります。
4. 助 成 内 容	(1) 市町村民税非課税世帯（市民税全部減免者含む)、 又は６歳まで（小学校就学前）の方 →医療費自己負担分の全額助成。 (2) 上記(1) 以外の方 →総医療費の１割を自己負担いただき、残りが助成されます。 ・自己負担額の月額上限限度額あり。
5. 制　　限	・父及び母の歯科診療（通院分）は、助成の対象となりません。 ・保険診療外の費用は、助成の対象となりません。 ・所得制限があります。
6. 申　請　先	**(市)こども課　～　市役所３階　☎６５－４１６０**

（４）治療用装具

療養のため医師の指示にもとづき、治療用装具（義手・義足・義眼・コルセット等）を装着したときの費用について、各健康保険から払い戻しを受けることができます。

1. 支 給 対 象	各健康保険で治療用装具と認められるもの。 (例)コルセット・サポーター・義足・義手・装具等 ※ 日常生活や仕事上に必要なものなどは、対象となりません。 (例)補聴器・眼鏡など
2. 手　続　き	① 医師の指示に基づき治療用装具を業者に作成してもらう。 ② 申請書、医師の証明書と業者の領収書を各健康保険(後期高齢者医療は(市)国保課）へ持参又は郵送し、支給申請を行う。 後日、支給決定通知書が郵送され、指定口座に振り込まれます。 ③ さらに、「重度医療」の場合　～　(市)障害福祉課まで 「ひとり親医療」の場合　～　(市)こども課まで 次の書類を持参の上、申請をしてください。
3.重度医療・ ひとり親医療の場合、 持参するもの	① 重度又はひとり親医療の受給者証 ② 各保険者から通知された支給決定通知書 ③ 領収書　④ 医師の証明書　⑤ 被保険者の銀行口座 ※ 自己負担分が助成されます。 助成額　＝　総医療費　－　医療保険給付額 （１割負担の方は、更に総医療費の１割相当額を控除した額）
4. そ　の　他	治療上のもの以外は、補装具として交付されます。（Ｐ３８参照）
5. 申　請　先	**各健康保険の窓口**

（５）人工透析・血友病の医療費の給付（特定疾病療養受療証）

事前に加入している健康保険に「特定疾病療養受療証」を申請することにより、医療費の負担が軽減されます。（自己負担月額　～　１万円、または２万円）

① 人工透析を受ける方

1. 対　象　者	人工透析を受けている方　（その他、免疫疾患も対象）
2. 助 成 内 容	自己負担が月額１万円もしくは２万円までとなります。
3. 申　請　先	加入している健康保険に、申請書及び医師の意見書を提出し、特定疾病療養受療証の交付申請をしてください。 ① 後期高齢者医療 ～（市）国保課(市役所１階) ② 国民健康保険　～（市）国保課(　〃　) ③ 協会けんぽ　～ 各都道府県支部あてに申請書を郵送してください。 ※協会けんぽ北海道支部　☎０１１－７２６－０３５２ 〒001-8511　札幌市北区北１０条西３丁目２３－１ THE PEAK SAPPORO ３階 ④ 各健康保険組合 ～ 各組合の担当窓口 ⑤ 各共済組合等　～ 各共済等の担当窓口
4. 上記申請後の手続き	① 身体障害者手帳の交付申請を行ってください。 ② **“重度医療”**の対象となる場合があります。 詳しくは、Ｐ１７をご参照ください。

② 血友病の治療を受ける方

1.　対　象　者		血友病の治療を受けている方
2.助成制度	18 歳以上	**“先天性血液凝固因子障害医療費助成制度”**の対象となります。 詳しくは、下記の申請先にお問い合わせください。
	18 歳未満	**“小児慢性特定疾病の医療費助成”**の対象となります。 詳しくは、Ｐ２２をご参照ください。
3.　申　請　先		**北海道保健福祉部健康安全局地域保健課難病対策係** **～　☎０１１－２０６－６０２８**
4.上記申請後の手続き		上記（１）の人工透析と同様に、加入している健康保険に、特定疾病療養受療証の交付申請をしてください。

（６）自立支援医療（更生医療・育成医療）

① 更生医療（１８歳以上）

日常生活や職業生活などをしていくために、障害を軽くしたり、その機能を回復させたりする術等を行うものです。(例：人工関節置換・ペースメーカ埋込・人工透析・角膜移植・肝臓移植・歯科矯正・免疫調整療法ほか)

1. 対　象　者	・１８歳以上の方で身体障害者手帳の交付を受けている方 ・必ず事前に申請が必要です ・所得制限があります
2. 自己負担額	原則、１割負担（世帯の所得課税状況により月額負担上限額があります） (現金払いした場合、現金給付 可 ～領収書、銀行口座、印鑑を障害福祉課へ持参） ※ 入院時の食事療養費については、助成されません。 ※ 他の医療制度(重度医療等)の受給者証がある場合、併せて医療機関へご提示ください。
3. 医 療 機 関	医療機関が指定されています。
4. 持参するもの	① 申請書　～　障害福祉課にあります。 ② 身体障害者手帳　　③ 健康保険の情報のわかる書類（資格確認書等） ④ 印鑑　　⑤ 医師の意見書 ⑥ 特定疾病療養受療証（腎臓機能障害で人工透析療法を受けている場合） ⑦ 個人番号（マイナンバー）のわかるもの
5. 申　請　先	**（市）障害福祉課　～　市役所１階　☎６５－４１４７**

② 育成医療（１８歳未満）

身体に障害のある児童や、そのまま放置すれば将来障害を残すと認められる疾患のある児童に、確実な治療効果が期待できる場合の医療です。

1. 対　象　児　童	・１８歳未満の身体に障害のある児童や、疾患を放置すれば将来障害が残ると認められる児童 ・必ず事前に申請が必要です ・所得制限があります
2. 自己負担額	原則、１割負担（世帯の所得課税状況により月額負担上限額があります） ※ 入院時の食事療養費については、助成されません。 ※ 他の医療制度(重度医療等)の受給者証がある場合、併せて医療機関へご提示ください。
3. 医　療　機　関	医療機関が指定されています。
4. 持参するもの	① 申請書　～　障害福祉課にあります。 ② 健康保険の情報のわかる書類（資格確認書等） ③ 医師の意見書　　④ 印鑑　　⑤ 個人番号（マイナンバー）のわかるもの
5. 申　請　先	**（市）障害福祉課　～　市役所１階　☎６５－４１４７**

（７）難病の医療費助成（特定医療費(指定難病)助成制度）

原因が不明で治療方法が確立していない難病について、医療費の助成を受けることができます。

1. 対　象　疾　病	・指定の難病　３４８疾患（令和８年４月１日現在）
2. 自己負担額等	・月額自己負担限度額 医療保険上の世帯全員の市町村民税（所得割）により自己負担限度額が決められます。(患者負担割合は２割) 月額　０～30,000 円（入院・外来の区別なし、複数の医療機関の合算） ・入院時の食費　　全額自己負担 ・院外薬局の薬代　月額自己負担限度額に含まれる。
3. 医　療　機　関	（ア）医療機関が指定されています。
4. 申請に必要なもの	①申請書　　②　世帯調書　　③同意書 ④医療保険の資格情報が確認できる資料 (①～③は下記申請先ホームページよりダウンロード又は郵送依頼ができます。) ⑤住民票謄本（世帯全員） ⑥市町村民税所得課税証明書 ⑦臨床調査個人票（医師の記載が必要） ⑧個人番号（マイナンバー）がわかるもの
5. 申　　請　　先	**帯広保健所　健康支援第一係（難病）　　～　☎６７－５５８３** **北海道保健福祉部健康安全局地域保健課難病対策係** **～　☎０１１－２０６－６０２８**

（８）児童の慢性特定疾病の治療（小児慢性特定疾病の医療費助成）

慢性疾患等のため長期にわたり治療を必要とする児童の健全な育成を図るため、医療の給付を受けられます。（また、車椅子や特殊寝台等の日常生活用具の給付も受けられます。）

1. 対　象　児　童	１８歳未満の慢性疾患のある児童（引続き治療が必要な方は 20 歳まで対象）
2. 対象疾患群 (右の 16 疾患群 801 疾病) (令和７年４月１日現在)	① 悪性新生物　② 慢性腎疾患　③ 慢性呼吸器疾患　④ 慢性心疾患 ⑤ 内分泌疾患　⑥ 膠原病　⑦ 糖尿病　⑧ 先天性代謝異常 ⑨ 血液疾患　⑩ 免疫疾患　⑪ 神経・筋疾患　⑫ 慢性消化器疾患 ⑬ 染色体・遺伝子に変化を伴う症候群　⑭ 皮膚疾患 ⑮ 骨系統疾患　⑯ 脈管系疾患
3. 自己負担額等	・月額自己負担限度額 医療保険上の世帯全員の市町村民税（所得割）により自己負担限度額が決められます。(患者負担割合は２割) 月額０円～15,000 円（入院・外来の区別なし、複数の医療機関の合算） ・入院時の食費　　１/２自己負担 ・院外薬局の薬代　月額自己負担限度額に含まれる。
4. 医　療　機　関	医療機関が指定されています。
5. 申請に必要なもの	① 申請書　　② 世帯調書　　③ 同意書 (①～③は下記申請先ホームページよりダウンロードできます。) ①　医師の意見書 ②　健康保険の情報のわかる書類（資格確認書等） ③　児童の住民票等 ④　市町村民税所得課税証明書、他
6. 申　　請　　先	**北海道保健福祉部健康安全局地域保健課難病対策係** **～　☎０１１－２０６－６０２８** **※日常生活用具の申請は、（市）障害福祉課　へ申請** **～　☎６５－４１４７**

（９）進行性筋萎縮症者・児の療養等

進行性筋萎縮症と診断された児童や身障手帳を受けている方（者）が、長期間の治療を必要とする場合、下記の病院等で障害福祉サービス等として必要な治療、訓練などが受けられます。

１８歳未満	1. 対 象 児 童	１８歳未満の進行性筋萎縮症と診断された児童
	2. 自己負担額	原則、１割負担(世帯の課税状況により月額負担上限額があります。)
	3. 相 談 先	電話連絡のうえ、ご相談ください。 **北海道帯広児童相談所　～　東１条南１丁目１－２　☎２２－５１００**
１８歳以上	1. 対 象 者	１８歳以上の方で進行性筋萎縮症のため、身体障害者手帳の交付を受けていること。(障害福祉サービスの療養介護対象)
	2. 自己負担額	原則、１割負担(世帯の課税状況により月額負担上限額があります。)
	3. 持参するもの	Ｐ３４をご参照ください。
	4. 申 請 先	**（市）障害福祉課　～　市役所１階　☎６５－４１４７**
入 院 先		独立行政法人　国立病院機構　北海道医療センター（札幌市）

(10) ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）

国の制度として、Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎の治療としてインターフェロン治療など保険適用となるものについて、医療費の助成を受けることができます。

（該当しない場合は、下記（11）**ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策**申請可）

市民税の所得割額(世帯合計)に応じて自己負担限度額(0 円､10,000 円､20,000 円)が決まります。

【申請先】北海道保健福祉部健康安全局地域保健課難病対策係　～　☎０１１－２０６－６０２６

(11) ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策

北海道の制度として、ウイルス性肝炎、橋本病について、医療費の助成を行っています。

（上記（10）**ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）**が優先されます。）

1. 対　象　疾　患	・Ｂ・Ｃ型ウイルス性慢性肝炎 ・肝硬変・ヘパトーム(Ｂ・Ｃ型ウイルス性のもの) ・橋本病
2. 自己負担限度額	① 入院～１医療機関につき　０円、または５７，６００円 ② 外来～１医療機関につき　０円、または１８，０００円
3. 申請に必要なもの	① 申請書（下記申請先ホームページよりダウンロードできます。） ② 健康保険の情報のわかる書類（資格確認書等） ③ 住民票（本人分） ④ 臨床調査個人票（医師の記載が必要） ⑤ 市町村民税非課税証明書（生計中心者が非課税の場合） ※ 生計中心者が非課税の場合は、住民票謄本（世帯全員）が必要です。
4. 申　　請　　先	**北海道保健福祉部健康安全局地域保健課難病対策係** **～　☎０１１－２０６－６０２６**