

## 【医療費等の助成】

### ■ 心身障害者医療費助成制度

対 象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳1・2級（内部障害のみ3級の方まで）をお持ちの方 （障害が重複している方は、部位別の障害程度により対象外となる場合があります。）</li> <li>・療育手帳「A」をお持ちの方 または療育手帳「B」の方のうち、知的障害者福祉法に定める職親のもとで指導を受けている方</li> <li>・特別児童扶養手当1級支給対象者の方</li> <li>・精神障害者保健福祉手帳1級の方</li> </ul>
内 容	<p>障害をお持ちの方の医療機関で支払う自己負担額と、入院した時の食事代の半額を助成する制度です。</p> <p>医療機関等の窓口に「心身障害者医療費受給者証」と「保険証」「医療費助成申請書」（黄色）を提出のうえ、<u>自己負担額を病院にお支払いいただきます。</u></p> <p>診療月から約3～4ヶ月後に、助成金として自己負担額分を給付します。</p>
注 意 事 項	<p>この制度には所得制限があり、申請時に所得審査を実施します。</p> <p>所得が一定の限度額を超える場合には、助成を受けることができません。</p>
窓 口	大郷町役場 町民課 TEL 359-5504

### ■ 自立支援医療（更生医療）の給付

対 象	18歳以上の“ <u>身体障害者手帳所持者</u> ”で、宮城県リハビリテーション支援センターの判定により、給付が認められた方。（手術等の治療で確実に期待できるもの）																				
内 容	<p>身体障害者で身体上の障害を軽くしたり回復させたりするための医療で、宮城県リハビリテーション支援センターの判定により認定を受けた方を対象に、医療費を助成します。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の種類</th> <th>手術名等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>腎臓機能障害</td> <td>人工透析療法、腎移植術等</td> </tr> <tr> <td>心臓機能障害</td> <td>冠動脈バイパス術、ペースメーカー植込術、弁置換術等</td> </tr> <tr> <td>小腸機能障害</td> <td>中心静脈栄養法</td> </tr> <tr> <td>肝臓機能障害</td> <td>肝臓移植術、抗免疫療法</td> </tr> <tr> <td>免疫機能障害</td> <td>抗HIV療法</td> </tr> <tr> <td>肢体不自由</td> <td>人工関節置換術、関節固定術等</td> </tr> <tr> <td>視覚障害</td> <td>白内障手術、角膜移植術、網膜剥離手術等</td> </tr> <tr> <td>聴覚障害・平衡障害</td> <td>人工内耳植込術、外耳道閉鎖形成術等</td> </tr> <tr> <td>音声・言語・咀嚼機能障害</td> <td>口唇形成術、口蓋形成術、歯科矯正治療等</td> </tr> </tbody> </table>	障害の種類	手術名等	腎臓機能障害	人工透析療法、腎移植術等	心臓機能障害	冠動脈バイパス術、ペースメーカー植込術、弁置換術等	小腸機能障害	中心静脈栄養法	肝臓機能障害	肝臓移植術、抗免疫療法	免疫機能障害	抗HIV療法	肢体不自由	人工関節置換術、関節固定術等	視覚障害	白内障手術、角膜移植術、網膜剥離手術等	聴覚障害・平衡障害	人工内耳植込術、外耳道閉鎖形成術等	音声・言語・咀嚼機能障害	口唇形成術、口蓋形成術、歯科矯正治療等
障害の種類	手術名等																				
腎臓機能障害	人工透析療法、腎移植術等																				
心臓機能障害	冠動脈バイパス術、ペースメーカー植込術、弁置換術等																				
小腸機能障害	中心静脈栄養法																				
肝臓機能障害	肝臓移植術、抗免疫療法																				
免疫機能障害	抗HIV療法																				
肢体不自由	人工関節置換術、関節固定術等																				
視覚障害	白内障手術、角膜移植術、網膜剥離手術等																				
聴覚障害・平衡障害	人工内耳植込術、外耳道閉鎖形成術等																				
音声・言語・咀嚼機能障害	口唇形成術、口蓋形成術、歯科矯正治療等																				
注 意 事 項	<p><u>入院前の申請が必要です。</u></p> <p>ただし、緊急に対応が必要な“心臓・腎臓・小腸・免疫機能障害（肝臓機能障害は除く）”については、医療機関から事前に相談があった場合に限り、身体障害者手帳交付日から給付を決定することもあります。</p>																				
窓 口	大郷町役場 保健福祉課 TEL 359-5507																				

## ■ 自立支援医療（育成医療）の給付

対 象	現存の疾患を放置することにより将来同程度の障害を残すと認められ、「指定自立支援医療機関（育成医療）」の「主として担当する医師」が確実な治療効果が期待すると認めた場合
内 容	18歳未満のお子さんが病気や障害の治療を受けることで、将来生活がしやすくなると認められた時に、県の指定医療機関における治療のための医療費（入院、通院）を一部負担するものです。
注 意 事 項	入院前または入院中に申請が必要となります。 退院後の申請は認められませんのでご注意ください。
窓 口	大郷町役場 町民課こども健康室 TEL 359-3030

## ■ 自立支援医療費（精神通院医療）の給付

対 象	精神疾患の治療のため、継続した通院を必要とする方。
内 容	精神疾患の通院による治療を継続して受けられるよう医療費の自己負担を軽減する制度です。
注 意 事 項	○有効期間は一年間です。継続する場合は更新の申請が必要です。 ○通院にかかる医療費は原則1割負担になります。 ○受給者と同一保険加入者の町民税課税状況と本人の収入により、自己負担上限額を設定します。 ○制度利用が可能な医療機関・薬局・訪問看護・デイケアは宮城県知事または仙台市長が指定したものに限られます。
窓 口	大郷町役場 保健福祉課 TEL 359-5507

## ■ 在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成金

対 象	呼吸器機能障害の身体障害者手帳3級以上をお持ちの方。 （呼吸器機能障害のみで3級以上の判定を受けている方となります。）
内 容	使用する機器の電力量に応じ、電気料金の一部を助成します。
注 意 事 項	“施設などに入所したとき”や“1ヶ月以上入院したとき”は助成されません。 ※事前に届出が必要となります。
窓 口	大郷町役場 保健福祉課 TEL 359-5507