



1. 心身障害者（児）医療費助成（障）

心身に障害のある方が、病院・診療所などで診療を受けたときに、窓口で支払うことになっている医療保険の自己負担分の一部を助成します。対象者には申請により「マル障受給者証」が発行されます。

■ 対象

区内に住所を有し（施設入所者を除く）次のいずれかに該当する方

1. 身体障害者手帳1・2級の方
（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害、肝臓機能障害については3級の方も含む）
2. 愛の手帳1・2度の方
3. 精神障害者保健福祉手帳1級の方
4. 1. 2. 3のいずれかの障害に該当する方で、児童福祉法又は障害者総合支援法で定める施設に入所中で、都又は台東区から費用が支給されている方

■ 対象とならない方

次のいずれかに該当する方は対象となりません。

1. 医療保険未加入の方
2. 生活保護を受けている方
3. 医療保険の自己負担のない施設に入所している方
4. 障害者本人（20歳未満の場合は、加入している医療保険の世帯主もしくは被保険者）の前年の所得が別表（P154）の基準額を超えている方
5. 65歳以上で障害要件をみたすようになった方
6. 後期高齢者医療制度に加入している方で住民税が課税の方

■ 助成方法

医療機関の窓口にて、マル障受給者証、健康保険証を提示すると、保険内の医療費が無料もしくは1割負担となります。

※ただし、都外の病院などでは窓口で提示しても無料もしくは1割負担とならない場合があります。所定の手続きをすると返金されることがありますので、詳しくは下記までお問合せください。

■ 手続きに必要なもの

1. 身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳
2. 健康保険証（本人及び被保険者分）
3. 印鑑（スタンプ印不可）
※転入の方は本人（20歳未満は扶養義務者）の前年の所得がわかる（非）課税証明書

☆ 問合せ

身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちの方

障害福祉課 区役所2階10番窓口

電話（5246）1201 FAX（5246）1179

精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

台東保健所5階1番窓口 保健予防課 精神保健担当

電話（3847）9405 FAX（3841）4325

2. 自立支援医療（更生医療）

身体障害者手帳をお持ちの方が、障害の程度を軽減・除去したり、進行を防いだりするために行われる医療に対して、医療費の助成を行う制度です。各都道府県から自立支援医療（更生医療）機関として指定を受けた病院・薬局における手術・治療などにも適用されます。

■ 対象

対象となる医療の開始前に身体障害者手帳の交付を受けた18歳以上の方で、指定自立支援医療（更生医療）機関が作成した所定の書類を提出し、東京都心身障害者福祉センター又は区の判定を受け、医療の給付が適当と認められた方

医療の内容についてはお問合せください。

（例）心臓機能障害の方………ペースメーカー埋込術、弁置換術など

下肢機能障害の方………人工関節置換術など

高額治療継続者（重度かつ継続）………腎臓機能、小腸機能、免疫機能、心臓機能（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）

■ 費用

自己負担は原則1割負担。ただし、医療保険単位の家帯の所得水準などに応じて負担上限月額があります。

☆ 問合せ

障害福祉課 区役所2階10番窓口

電話（5246）1201 FAX（5246）1179

自立支援医療の費用負担について

一定所得以下		中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	住民税非課税世帯		住民税課税世帯	
	本人収入≤80万	本人収入>80万	区民税<3.3万(所得割)	3.3万≤区民税<23.5万(所得割)
負担0円	低所得1	低所得2	中間所得層 負担上限月額：医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置(延長) 負担上限月額5,000円 負担上限月額10,000円	
	負担上限月額2,500円	負担上限月額5,000円	一定所得以上 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)	
		重 度 かつ 継 続		〈延長〉
		中間所得層1 負担上限月額5,000円	中間所得層2 負担上限月額10,000円	一定所得以上(経過措置) 負担上限月額20,000円

* 高額治療継続者のうち「一定所得以上」の家帯……令和3年3月31日までの経過措置
育成医療の「中間所得層」の家帯………令和3年3月31日までの経過措置

3. 自立支援医療（育成医療）

身体に障害があり手術などを必要とする児童に対し、生活の能力を得るために、必要な医療を給付する制度です。

■ 対象

18歳未満で、視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由の児童、及び心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸又は小腸機能障害、その他の先天性の内臓機能障害、免疫機能障害、肝臓機能障害の手術などを必要とする児童

■ 費用

保護者は、医療費の原則10%負担。ただし、保護者の所得水準などに応じて負担上限月額があります。

☆ 問合せ

台東保健所 保健サービス課 母子成人保健担当

〒110-0015 台東区東上野4-22-8

電話 (3847) 9447 FAX (3847) 9467

4. 自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患又はてんかんの治療のために、病院に通院する際の医療費を助成する制度です。健康保険では医療費の3割が自己負担となりますが、自立支援医療費制度を利用することで自己負担が原則1割となります。さらに、世帯の所得・疾患などに応じて、月額自己負担上限額が設定されます。残りの1割についても、次のいずれかに該当する方は助成が受けられ、医療費が無料となります。

- 区市町村民税が非課税の世帯の方
- 生活保護を受給している方

■ 対象

精神疾患又はてんかんを有し、その治療のため継続的に通院をしている方

■ 手続きに必要なもの

1. 自立支援医療（精神通院）診断書
2. 健康保険証又は生活保護受給証明書
3. 印鑑
4. マイナンバーが確認できる書類（マイナンバーカード又は通知カードなど）
5. 申請者の身元確認ができる証明書（運転免許証など）
6. 代理申請の場合は委任状など

※税の証明書は不要になりました。ただし、住民税が未申告の方は申告が必要です。健康保険の被保険者が台東区に住民登録がない場合は、税証明が必要です。

詳しくはお問合せください。

※更新の場合、診断書の提出は2年に1回となります。

※更新の場合、上記に加えて、自立支援医療（精神通院）受給者証も必要です。

☆ 問合せ

台東保健所 保健予防課 精神保健担当

〒110-0015 台東区東上野4-22-8

電話 (3847) 9405 FAX (3841) 4325

5. 特殊疾病の医療の給付

難病などにかかれて、助成認定基準を満たしている場合に、その治療にかかる医療費などの一部が助成されます。

※国の指定難病に相当する疾病の医療券の交付を受けた方は、難病患者福祉手当の申請ができる場合があります。

■ 対象

特定の難病にかかっている方（P 156 の対象疾病一覧参照）

☆ 問合せ

台東保健所 保健予防課 予防担当

〒110-0015 台東区東上野4-22-8

電話 (3847) 9471 FAX (3841) 4325

6. 小児慢性特定疾病医療費助成（東京都事業）

小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、その医療費の自己負担分の一部を助成します。

■ 対象

次のすべてに該当する方

1. 申請者が都内に在住（住民登録や外国人登録がされていること）している満18歳未満の方（18歳に達した時点で小児慢性特定疾病医療受給者証を有し、かつ引き続き有効な医療受給者証を有する方に限り満20歳未満まで延長可能）

※18歳以上の都外からの転入者の場合、他自治体の医療受給者証を有し、その有効期間内の転入の場合のみ申請可能となります。

2. 小児慢性特定疾病医療支援事業の対象疾病にかかっており、かつ別に定める認定基準に該当する方

※対象疾病及びその認定基準については、「児童福祉法第6条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第2項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度」（厚生労働省告示第475号）により一定の基準が設けられています。

詳細については、小児慢性特定疾病情報センターホームページをご確認ください。

■ 手続に必要なもの

1. 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書
2. 小児慢性特定疾病医療意見書
3. 受診医療機関申請書

4. 世帯調書
5. マイナンバーが確認できる書類（※）
6. 住民税課税証明書（※）
7. 住民票（※）
8. 健康保険証のコピー（※）
9. 保険者からの情報提供にかかる同意書
※…加入している健康保険によって、提出する対象者が異なります。詳しくは下記問合せ先までお問合せください。

■ 助成内容

認定された疾病について、医療保険を適用した医療費から患者一部負担額を控除した額が助成されます。

※国の指定難病に相当する疾病の医療券の交付を受けた方は、難病患者福祉手当の申請ができる場合があります。

☆ 問合せ

台東保健所 保健サービス課 母子成人保健担当

〒110-0015 台東区東上野 4-22-8

電話 (3847) 9481 FAX (3847) 9467

7. 小児精神障害者入院医療費助成

健康保険適用後の医療費自己負担分が助成されます（食事療養費については患者負担となります）。

■ 対象

健康保険による医療の給付を受けており、精神疾患のため精神科病棟にて入院治療を必要としている満18歳未満の方。ただし、更新（入院治療を継続）の場合は、満20歳の誕生月の末日まで延長が可能です。

■ 手続きに必要なもの

1. 診断書（所定の様式で、申請日から3か月以内に作成されたもの）
2. 住民票（本人と申請者の続柄が分かるもので、申請日から3か月以内のもの）
3. 健康保険証
4. 印鑑

※ 更新（入院治療を継続）時に住所に変更がない場合は、住民票は省略できます。

☆ 問合せ

台東保健所 保健予防課 精神保健担当

〒110-0015 台東区東上野 4-22-8

電話 (3847) 9405 FAX (3841) 4325

8. 重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業

在宅生活を送っている医療的ケアの必要な重症心身障害児（者）等をケアする家族の休息を目的として、訪問看護師又は准看護師が自宅等に出向き、家族が行っている医療的ケア等を一定時間代替する事業を行います。

■ 対象

1. 医療的ケアが必要な在宅の重症心身障害児（者）

※『重症心身障害児（者）』とは

1 8歳に達するまでに愛の手帳1度又は2度程度の知的障害及び身体障害者手帳1級又は2級程度の身体障害（肢体不自由に限る。）を有するに至った方、もしくはこれらと同等の状態であることが医師の診断書等において確認できる方

2. 次の表にある特定の医療的ケアが必要な人工呼吸器を装着している障害児、又はその他の日常生活を営むために医療を要する状態にある在宅の障害児

医療的ケア(以下のいずれかのケアを受けていること)			
1	人工呼吸器管理(毎日行う機械的気道加圧を要する管理を含む)	7	中心静脈栄養(IVH)
2	気管内挿管、気管切開	8	経管(経鼻・胃ろう含む)
3	鼻咽頭エアウェイ	9	腸ろう・腸管栄養
4	酸素吸入	10	継続する透析(腹膜灌流を含む)
5	6回/日以上頻回の吸引	11	定期導尿(3回/日以上)(人工ぼうこうを含む)
6	ネブライザー 6回/日以上又は継続使用	12	人工肛門

3. 1か2のどちらかに該当し、医療保険などによる訪問看護で既に医療的ケアを受けている方

※訪問看護を受けていない方は、まず医療保険等による訪問看護を受けてください。

■ サービス回数

4月から翌年3月の1年間に24回を超えない範囲で、月4回まで

■ サービス費用

世帯の住民税課税状況に応じて、以下の利用者負担額を訪問看護事業者にお支払いください。

世帯の課税状況	2時間	2時間30分	3時間	3時間30分	4時間
生活保護受給世帯 区民税非課税の世帯	0円	0円	0円	0円	0円
障害者の世帯で 区民税所得割16万円未満	370円	460円	550円	640円	740円
障害児の世帯で 区民税所得割28万円未満	180円	220円	270円	310円	360円
上記以外の世帯	1,500円	1,880円	2,200円	2,630円	3,000円

※派遣をキャンセルする際は、利用事業者へ派遣予定日の前営業日（営業時間内）までに連絡してください。それ以降のキャンセルは、利用者負担金をお支払いいただきます。

■ 派遣先

1. 自宅
2. 小・中・高等学校の敷地内

※学校への派遣は常時保護者の同伴が求められている障害児に限ります。

※学校長の承諾書が必要になります（書式をご用意していますので下記担当にご相談ください）。

■ 利用方法

1. 台東区役所 2階 10番窓口の障害福祉課総合相談担当にて利用者登録申請をしてください。
2. 台東区より利用者登録決定通知を送付します。
3. 利用事業者に連絡し、決定通知書を提示した上で利用日時等についてご相談ください。
4. 看護師等が派遣されます。
5. 利用者負担額を利用事業者に支払います。
※本事業の利用に当たっては、事前に台東区と訪問看護事業者との間にサービスに係る協定を結ぶ必要があります。既に協定を結んでいる事業者については、下記担当にお問合せください。

☆ 問合せ

障害福祉課 区役所2階10番窓口

電話（5246）1202～3 FAX（5246）1179

9. 在宅重症心身障害児訪問看護

在宅で療育や介護を必要とする重症心身障害児及び医療的ケア児家庭に看護師が訪問し、健康管理や看護技術の指導、療育に関する相談等の支援を行います。

■ 対象

都内に住所を有する在宅の重症心身障害児及び医療的ケア児

※手帳のない方もご相談ください。

■ 訪問回数

週に一回程度

■ 費用

無料（ただし、訪問看護開始時などに必要な医師の指示書料は自己負担となります。）

☆ 問合せ

台東保健所 保健サービス課 保健指導担当

電話（3847）9497 FAX（3847）9467

浅草保健相談センター

電話（3844）8172 FAX（3844）8178

東京都福祉保健局 障害者施策推進部 施設サービス支援課

電話（5320）4360

10. ひとり親家庭等医療費助成

母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の方が、健康保険証を使って医療機関（病院・診療所・薬局など）にかかった場合、保険診療に係る自己負担分の全部又は一部を助成します。ただし、健康保険の取扱いができないもの（入院時の差額ベッド代・薬の容器代など）は助成されません。対象者には申請により「ひとり親家庭医療証」が発行されます。

■ 対象

次のいずれかの状態にある児童（18歳になった最初の3月31日まで。ただし、身体障害者手帳1～3級、愛の手帳1～3度程度の障害のある児童については、20歳未満の者）を養育している父母又は養育者とその児童

1. 父母が離婚した児童
2. 父又は母が死亡した児童
3. 父又は母が生死不明である児童
4. 父又は母に1年以上遺棄されている児童
5. 父又は母が法令により1年以上拘禁されている児童
6. 婚姻によらないで生まれた児童
7. 父又は母に重度障害（障害基礎年金1級程度）のある児童
8. 父又は母が裁判所からDV保護命令を受けた児童

■ 対象とならない方

次のいずれかに該当する方は助成の対象となりません。

1. 国民健康保険又は社会保険に加入していない方
2. 生活保護を受けている方
3. 児童が児童福祉施設等（母子生活支援施設、知的障害児施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設を除く）に入所している方
※ ㊦ ㊧ 医療費対象年齢の児童については、㊦ 医療証に氏名は記載されません。
㊦ ㊧ 医療証をご利用ください。
4. 申請者、配偶者並びに同居している申請者の直系血族及び兄弟姉妹（「扶養義務者」という）の所得が別表（P155）の基準額を超えている方

■ 手続きに必要なもの

1. 下記のうち、いずれか
A：マイナンバーカード
B：通知カード及び本人確認ができるもの
2. 申請者（保護者）と児童の健康保険証
3. 申請者（保護者）と児童の戸籍謄本
4. 印鑑

☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所 6階 7番窓口
電話 (5246) 1232 FAX (5246) 1289

11. 子ども医療費助成

台東区では乳幼児・児童（0歳～中学生）が健康保険証を使って医療機関にかかった場合、保険診療に係る自己負担分を助成します。また、入院時の食事代についても助成します。

ただし、健康保険の取扱いができないもの（健康診断・予防接種・入院時の差額ベッド代・薬の容器代など）や、他の医療費助成（**都** **障** 医療証など）が受けられるときは、助成しません。

■ 対象

台東区内に住んでいる中学生までの児童

■ 対象とならない児童

1. 国民健康保険又は社会保険に加入していない場合
2. 生活保護を受けている場合
3. 児童福祉施設などに入所している場合

■ 手続きに必要なもの

児童の健康保険証

☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階7番窓口

電話（5246）1232 FAX（5246）1289

12. 児童への弱視等治療用眼鏡助成

健康保険の給付を受けた弱視等治療用眼鏡などの更新や修理に係る費用の一部を助成します。9歳未満の児童が対象となります。

■ 対象

1. 更新

健康保険の給付を受けた治療用眼鏡などを、下記の期間内に度数を変更して買い換える場合

- ① 5歳未満の児童は1年未満
- ② 5歳～9歳未満の児童は2年未満

2. 修理（所要額の2分の1を助成）

健康保険の給付を受けた治療用眼鏡などを、度数を変更せずに買い換える場合及びフレームなどを修理する場合

■ 助成上限額

1. 更新 眼鏡 38,461円 コンタクトレンズ 16,139円
2. 修理 眼鏡 19,230円 コンタクトレンズ 8,069円

■ 手続きに必要なもの

1. 健康保険の給付を受けたことを確認できるもの（健康保険給付決定通知など）
2. 治療用眼鏡などの処方箋又は指示書の写し
3. 処方箋などに基づき購入した眼鏡などの領収書
4. 預金通帳等、銀行口座が確認できるもの（医療証記載の保護者名義のもの）
5. 印鑑（スタンプ印不可）

※なお、助成手続きは、代金の支払いが終了した日の属する年度内に行ってください。

☆ 問合せ

子育て・若者支援課 給付担当 区役所6階7番窓口

電話（5246）1232 FAX（5246）1289

13. 障害のある方の歯科診療

障害のある方の歯科診療を行うほか、予防処置、栄養指導、食べる訓練、話す訓練などを行います。

※診療申込みはあらかじめ電話で予約してください。

☆ 問合せ

東京都立心身障害者口腔保健センター

〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ9階

電話 (3267) 6480 (予約) FAX (3269) 1213 (予約)

14. 後期高齢者医療制度（障害認定）

後期高齢者医療制度は75歳以上の方が対象となりますが、65～74歳で一定の障害がある方で、東京都後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた方もご加入いただけます。

ただし、住民税が課税されている方は後期高齢者医療制度への加入により、心身障害者医療費助成(マル障、P56)の助成が受けられなくなります。

■ 障害認定の対象者

65歳以上74歳以下で一定の障害※がある方

※一定の障害とは

1. 国民年金証書（障害年金1・2級）
2. 身体障害者手帳1～3級と4級の一部
《身体障害者手帳4級の一部とは》
 - ・ 下肢障害4級1号（両下肢の全ての指を欠くもの）
 - ・ 下肢障害4級3号（一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの）
 - ・ 下肢障害4級4号（一下肢の機能の著しい障害）
 - ・ 音声・言語機能障害
3. 精神障害者保健福祉手帳1・2級
4. 愛の手帳1・2度

■ 対象とならない方もしくは対象から外れる場合

1. 生活保護を受けている方又は受けることになった場合
2. 東京都外へ転出された場合
3. 一定の障害の状態に該当しなくなった場合又は本人から障害の認定に係る申請を取り下げる旨の申し出があった場合

■ 手続きに必要なもの

1. 上記の一定の障害を確認できる証書、手帳など
2. 印鑑
3. 加入する方のマイナンバーが確認できる書類（通知カード等）
4. 申請する方の本人確認ができる書類
5. 委任状（加入する方と別世帯の方が申請する場合）

なお、対象の方の所得の状況、医療機関を受診される頻度によっては、保険料を含めた自己負担額が増える場合もあります。後期高齢者医療制度（障害認定）について、詳しくは担当へお問合せください。

☆ 問合せ

国民健康保険課 後期高齢者医療係 区役所2階15番窓口
電話 (5246) 1254 FAX (5246) 1229

15. 産科医療補償制度

分娩により重度の脳性麻痺となったお子様及びその家族の経済的負担を補償します。

■ 対象

2015年1月1日以降に出生したお子様

- ・出生体重1400g以上かつ在胎週数32週以上、又は在胎週数28週以上で所定の要件
- ・先天性や新生児期等の要因によらない脳性麻痺
- ・身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺

■ 補償金額

補 償 内 容	支払回数	補償金額
準備一時金(看護・介護を行うための基盤整備のための資金)	1回	600万円
補償分割金(看護・介護費用として毎年定期的に支給)	20回	120万円/年

■ 申請

補償申請期限は満5歳の誕生日までです。

申請手続きについては下記にお問合せください。

☆ 問合せ

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

電話 0120(330)637

午前9時～午後5時まで受付(土日祝日・年末年始を除く)

ホームページ <http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>