

10 医療

(1) 重度心身障害者医療費助成（県障医療）

重度の身体又は知的に障害のある人の医療費の一部を助成し、保健の向上と負担の軽減を図ります。

■ 対象者

次のいずれかに該当する人

- ① 身体障害者手帳 1～3 級の所持者
- ② 療育手帳 A の所持者
- ③ 精神障害者保健福祉手帳 1 級の所持者
- ※ 所得制限があります（108 ページ参照）。

■ 自己負担額（医療機関ごとに精算）

◇ 医療費

外来 1 回 530 円

※ 同じ医療機関で月 4 回まで負担。5 回目からは負担なし。

入院 1 日 1,200 円

◇ 調剤薬局 0 円

◇ 訪問看護療養費 1 日 250 円（※原則介護保険優先）

◇ 治療用装具 0 円

※ 一部負担金（保険者からの支給額を除いた自己負担額）の払い戻しを受けられます。保険者への手続きも必要です。

◇ 保険者から標準負担額減額認定証の交付を受けている人に限り、入院中の食事代を助成

※ 保険外診療については適用外になります。

※ 小学校就学前のお子様と、市民税非課税世帯の小学生から高校卒業相当（18 歳）までのお子様は、医療費にかかる一部負担金が無料となります。

■ 申請に必要なもの

・ 申請書 ・ 障害者手帳 ・ マイナンバー（個人番号）が分かるもの

■ その他

◇ 申請した翌月から適用になります。

◇ 一度申請いただくと自動更新となります。

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

（２） 自立支援医療費（育成医療）

身体に障害のある児童の日常生活能力の回復向上を図るため、その障害を除去又は軽減することを目的として、必要な医療費を支給します。

■ 対象者

18歳未満で身体に障害があるか、又はそのまま放置すると将来障害を残すと認められる疾患がある児童

■ 自己負担額

医療費の1割。ただし、所得や疾病の内容に応じて月額自己負担の上限額が設定されます。入院時の食費（標準負担額）は自己負担です。

■ 申請に必要なもの

- ・ 申請書
- ・ 医師の意見書
- ・ 加入医療保険資格情報が分かるもの
- ・ 市民税課税証明書（又は承諾書）
- ・ マイナンバー（個人番号）が分かるもの

■ その他

- ◇ 事前の申請が必要です。
- ◇ ご利用は、指定された医療機関及び薬局に限られます。
- ◇ 住所・氏名・加入医療保険資格情報が変更となる場合や、医療機関・薬局等を変更する場合は、手続きが必要です。

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

(3) 自立支援医療費（更生医療）

身体に障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、その障害を除去又は軽減することを目的として、治療等に必要な医療費を支給します。

■ 対象者

18歳以上の身体障害者手帳所持者

■ 対象となる医療内容

視覚障害	角膜移植術、白内障手術など
聴覚・平衡機能障害	外耳道形成術、鼓膜穿孔閉鎖術など
音声・言語・ そしゃく機能障害	歯科矯正術、口蓋裂に対する手術など
肢体不自由	人工関節置換術、骨切術、理学療法など
心臓機能障害	ペースメーカー埋込術、人工弁置換術など
じん臓機能障害	人工透析療法、じん臓移植術など
小腸機能障害	中心静脈栄養法
免疫機能障害	抗HIV療法、免疫調節療法など
肝臓機能障害	肝臓移植術、肝臓移植術後の抗免疫療法

■ 自己負担額

医療費の1割。ただし、所得や疾病の内容に応じて月額自己負担の上限額が設定されます。入院時の食費（標準負担額）は自己負担です。

■ 申請に必要なもの

- ・申請書 ・身体障害者手帳 ・医師の意見書
- ・加入医療保険資格情報が分かるもの
- ・特定疾病療養受療証（交付を受けている場合）
- ・市民税課税証明書（又は承諾書）
- ・受診者の障害年金等の収入額が確認できるもの（市民税非課税世帯のみ）
- ・マイナンバー（個人番号）が分かるもの

■ その他

- ◇ 事前の申請が必要です。
- ◇ ご利用は、指定された医療機関及び薬局に限られます。
- ◇ 住所・氏名・加入医療保険資格情報が変更となる場又は、治療方針や医療機関・薬局等を変更する場合は、手続きが必要です。

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

（４）ひとり親家庭等医療費助成（県親医療）

ひとり親家庭等に対して医療費の一部を助成することにより、保護者の経済的負担を軽減します。

■ 対象者

次の児童（18歳になって最初の3月31日まで。障害児は20歳未満）を監護している父又は母及びその児童、又は父母がいない場合は同居する養育者及びその児童

- ① 父母が婚姻を解消した児童
 - ② 父又は母が死亡した児童
 - ③ 父又は母が政令で定める程度の障害の状態にある児童
 - ④ 母が婚姻によらないで懐胎した児童
- 等

■ 自己負担額

(1) 重度心身障害者医療費助成（県障医療）（35ページ）と同じ

■ その他

- ◇ 小学校就学前のお子様（6歳になって最初の3月31日まで）と、市民税非課税世帯の小学生から高校卒業相当（18歳）までのお子様の医療費にかかる一部負担金については無料です。
- ◇ 所得制限額以上の所得がある場合は対象外です。
- ◇ 認定となった場合、申請月の翌月から助成対象です。



市ホームページ

担当：こども家庭センター家庭福祉・給付係（電話：025-520-5726）

（５）自立支援医療費（精神通院医療）

精神科の病院又は診療所での通院医療費の支給を行います。

■ 対象者

精神疾患により通院医療を受けている人

■ 自己負担額

医療費の1割。ただし、所得や疾病の内容に応じて月額の自己負担の上限額が設定されます。

■ 申請に必要なもの

- ・ 申請書
- ・ 診断書
- ・ 加入医療保険資格情報が分かるもの
- ・ 市民税課税証明書（又は同意書）
- ・ 受診者の障害年金等の収入額が確認できるもの（市民税非課税世帯のみ）
- ・ マイナンバー（個人番号）が分かるもの

■ その他

- ◇ 事前の申請が必要です。（申請日からの適用になります。）
- ◇ 1年ごとに更新の手続きが必要です。
- ◇ ご利用は、指定された医療機関及び薬局に限られます。
- ◇ 住所・氏名・加入医療保険情報に変更となる場合や、医療機関・薬局等を変更する場合は、手続きが必要です。

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

（６）精神障害者入院医療費助成

精神科の入院に係る医療費の一部を助成します。

■ 対象者

次の要件のすべてに該当すること

- ① 市内に住所を有していること
 - ② 精神科病院の精神科病床に入院していること
 - ③ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持していること
 - ④ 生活保護等を受けていないこと
- ※ 所得制限があります（108 ページ参照）。

■ 申請に必要なもの

- ・ 申請書（入院証明を病院から記入していただきます）
- ・ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳
- ・ 入院者名義の金融機関の通帳
- ・ マイナンバー（個人番号）が分かるもの

■ 助成額

月額 5,000 円（4、9 月に支給）

■ その他

- ◇ 申請した月から支給対象です。
- ◇ 退院・転院・死亡した場合や、住所が変わった場合は、届け出が必要です。
- ※ 退院後は申請ができませんので、必ず入院中に申請してください。
- ※ 退院後再入院される場合は、新規の手続きが必要となります。

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

(7) 後期高齢者医療制度

65 歳から 74 歳までの人で一定の障害のある人は、申請により後期高齢者医療制度に加入することができます。

■ 対象者

65 歳から 74 歳までの人で一定の障害のある人
一定の障害とは、次のいずれかに該当する状態です。

- ① 身体障害者手帳 1 級～3 級
- ② 身体障害者手帳 4 級のうち、音声または言語機能障害、
下肢障害の 1、3、4 項
- ③ 療育手帳 A
- ④ 精神障害者保健福祉手帳 1、2 級
- ⑤ 障害年金 1、2 級

■ 自己負担割合

3 割負担	課税所得 145 万円以上、かつ、年収 383 万円以上 (後期高齢者医療の被保険者が複数の世帯は 520 万円以上) の人
2 割負担	課税所得 28 万円以上、かつ、年金収入＋その他の合計所得 金額が 200 万円以上 (後期高齢者医療の被保険者が複数の世帯は 320 万円以上) の人
1 割負担	上記以外の人

※ 自己負担の割合は、前年の所得が確定した後、毎年 8 月 1 日に見直します。

■ 申請に必要なもの

- ・ 加入している医療保険の資格情報がわかる書類等
- ・ 印鑑
- ・ 障害の状態を確認できる書類 (身体障害者手帳、療育手帳、
精神障害者保健福祉手帳、年金証書、医師の診断書など)
- ・ マイナンバー (個人番号) が分かるもの

■ その他

保険料は、加入者の前年中の総所得金額等や世帯の所得状況により、
個人単位で計算します。



担当：国保年金課後期高齢者医療係 (電話：025-520-5717)

市ホームページ

1 1 共済、手当など

心身障害者扶養共済制度

将来独立自活が困難な障害のある人のため、その保護者が一定の掛金を出し合い、保護者に死亡等があったとき残された障害のある人に年金を支給するという保護者の相互扶助精神に基づく共済制度です。

■ 加入できる人

障害のある人の保護者で、次の条件を満たす人

- ① 年齢が 65 歳未満の人（4 月 1 日現在の年齢）
- ② 市内に住所がある人
- ③ 特別な疾病や障害がない人

■ 障害のある人の範囲

次のいずれかに該当する人

- ① 知的に障害のある人
- ② 身体障害者手帳の 1 級から 3 級程度の障害のある人
- ③ 精神または身体に永続的な障害のある人で、その障害の程度が①又は②と同程度と認められる人（統合失調症、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、自閉症、血友病など）

■ 申請に必要なもの

※ 告知書 ※ 加入等申込書 ※ 障害証明書 ・ 住民票

※ ※ 印の用紙は窓口にあります。

■ 掛金

加入時年齢 (4/1 現在)	35 歳 未満	35 歳 ～39 歳	40 歳 ～44 歳	45 歳 ～49 歳	50 歳 ～54 歳	55 歳 ～59 歳	60 歳 ～64 歳
月 額 (円)	9,300	11,400	14,300	17,300	18,800	20,700	23,300

※ 2 月以降に申請した場合、加入日が 4 月 2 日以降になる可能性があります。

※ 障害のある人 1 人につき 2 口まで加入できます。

※ 20 年以上加入した人でかつ 65 歳以上の人は掛金免除となります。

※ 扶養共済掛金は所得税及び市・県民税の所得控除の対象となります。

■ 年金

加入者が死亡又は重度障害になったとき、障害のある人に支給

加入口数	1 口	2 口
月 額 (円)	20,000	40,000

■ 弔慰金

障害のある人が加入者の生存中に死亡したときに支給

加入期間		1 年以上 5 年未満	5 年以上 20 年未満	20 年以上
支給額 (円)	H20. 3. 31 以前より 加入	30, 000	75, 000	150, 000
	H20. 4. 1 以降加入	50, 000	125, 000	250, 000

■ 脱退一時金

加入期間 5 年以上の加入者が脱退したとき支給

加入期間		5 年以上 10 年未満	10 年以上 20 年未満	20 年以上
支給額 (円)	H20. 3. 31 以前より 加入	45, 000	75, 000	150, 000
	H20. 4. 1 以降加入	75, 000	125, 000	250, 000

担当：福祉課福祉第二係（電話：025-520-5695）



市ホームページ

2次元コードから市ホームページにアクセスできます。

区 分	該 当 す る 人	支 給 額	支給月
児童扶養手当 (こども家庭 センター) 	次の児童(18歳になって最初の3月31日まで。障害児は20歳未満)を監護している父又は母、又は父母がいない場合は同居する養育者 ①父母が婚姻を解消した児童 ②父又は母が死亡した児童 ③父又は母が政令で定める程度の障害の状態にある児童 ④母が婚姻によらないで懐胎した児童 等 ※所得制限額以上の所得がある場合は、支給停止となります。 ※公的年金等を受給している(できる)場合は、受給額等を差引いた額が手当額となります。	・全部支給 月額 46,690 円 ・一部支給 所得に応じ月額 46,680 円～ 11,010 円 ※児童数に よって加算	1 3 5 7 9 11
特別児童 扶養手当 	身体、知的又は精神に政令で定める程度の障害を有する 20歳未満の児童を監護する父又は母 (父母が監護できないときは父母に代わりその児童を養育する同一世帯の人に支給されます。)	1 級 月額 56,800 円 2 級 月額 37,830 円	4 8 11
特別障害者手当 	家庭で生活している 20 歳以上の人で、身体、知的又は精神に著しく重度の障害があり、日常生活において常時特別の介護を必要とする人	月額 29,590 円	2 5
障害児福祉手当 	20 歳未満の人で、身体、知的又は精神に著しい重度の障害があり、日常生活において常時介護を必要とする人	月額 16,100 円	8 11
在宅重度重複 障害者介護 見舞金	次の①、②の要件を全て満たす障害のある人を家庭で介護している人 ①療育手帳「A」の交付を受けている人 ②身体障害者手帳の交付を受けている人で、次の障害区分ごとの障害が重複している人 視覚障害 1、2 級 聴覚障害 2 級 肢体不自由 1、2 級、内部障害 1 級	月額 20,000 円	3 7 11
障害者在宅介護 (介助) 手当 	次のいずれかの障害のある人を家庭で常時介護、常時介助している人 ① 療育手帳「A」の交付を受けている人 ② 身体障害者手帳 1、2 級の交付を受けている人 ※要介護認定を受けた人は申請できません。高齢者支援課の在宅介護手当(月額 3,000 円)をご利用下さい。	介護手当 月額 5,000 円 介助手当 年額 20,000 円	5 11
障害基礎年金 (国保年金課) 	国民年金に加入している間、20 歳前、又は 60 歳以上 65 歳未満に初診日のある傷病(病気・けが・精神障害(知的障害含む))により、一定の障害状態になった人 ※原則として初診日から 1 年半経った時点で請求できます(病気等により異なります)。 ※年齢・保険料の納付状況により制限がありますので、詳しくは問い合わせてください。	1 級年額 1,039,625 円 (月額 86,635 円) 2 級年額 831,700 円 (月額 69,308 円)	2 4 6 8
特別障害給付金 (国保年金課) 	平成 3 年 3 月以前に学生又は昭和 61 年 3 月以前に被用者年金被保険者(厚生年金、共済組合等の加入者)の配偶者だった人で、その当時、国民年金に任意加入していなかった期間に初診日のある傷病により、現在障害基礎年金の 1・2 級に該当する程度の障害のある人	1 級相当 月額 56,850 円 2 級相当 月額 45,480 円	10 12

窓口	申請に必要なもの *印の用紙は窓口に備えてあります。	注意事項
こども家庭センター 各総合事務所	*児童扶養手当認定請求書等 ○戸籍謄本（本籍地が市外の場合） ○年金手帳又は年金証書 ○印鑑（本人の署名の場合、不要です） ○申請者名義の銀行の通帳 ○マイナンバー（個人番号）が分かるもの	○所得制限があります。 ○申請者または児童が公的年金を受給できる場合及び児童が父又は母に支給される公的年金の加算対象となっている場合は、年金との差額給付となります。 ○認定となった場合、申請月の翌月から支給対象となります。
福祉課・各総合事務所・福祉交流プラザ（福祉申請窓口）	*特別児童扶養手当認定請求書 *所定の診断書 *振込口座申出書 ○全部事項証明書（戸籍謄本） ○身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（所持している場合） ○マイナンバー（個人番号）が分かるもの	○所得制限があります。 ○施設入所の場合は受給できません。 ○認定となった場合、申請月の翌月から支給対象となります。
	*所定の認定請求書及び所得状況届 *所定の診断書 ○身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳（所持している場合） ○印鑑（本人の署名の場合、不要です） ○本人名義の銀行の通帳 ○年金証書及び年金額を明らかにすることができる書類（年金振込通知など） ○マイナンバー（個人番号）が分かるもの	○所得制限があります（108 ページ参照）。 ○施設入所の場合は受給できません。 ○病院等（介護老人保健施設を含む）に3か月を超えて入院している人は受給できません。（特別障害者手当） ○認定となった場合、申請月の翌月から支給対象となります。
	*介護見舞金申請書及び所得状況届 ○身体障害者手帳及び療育手帳 ○住民票 ○所得証明書（市外から転入の場合） ○受給者の通帳 ○印鑑（本人の署名の場合、不要です）	○所得制限があります。 ○施設への入所、県外へ転出した場合は受給できません。 ○認定となった場合、申請月の翌月から支給対象となります。
	*上越市在宅介護手当支給認定申請書 ○印鑑（本人の署名の場合、不要です） ○介護者名義の銀行の通帳	○施設入所の場合は受給できません。 ○病院に1か月以上入院している人は、受給できません。 ○申請後、保健師等が調査をいたします。 ○認定となった場合、申請月の翌月から支給対象となります。
国保年金課 各総合事務所	*障害基礎年金裁定請求書 *所定の診断書 *病歴・就労状況等申立書 ○年金手帳又は基礎年金番号通知書 ○本人名義の金融機関の通帳 ○マイナンバー（個人番号）が分かるもの ○その他（お客様の状況により異なります）	○20歳前の傷病による障害基礎年金には、受給権者の所得による制限があります。 ○保険料の未納期間があると申請できないことがあります。 ○厚生年金に加入している間に初診日がある場合は障害厚生年金の請求となります。詳しくは、上越年金事務所（電話：025-524-4115）へ問い合わせてください。
	*特別障害給付金請求書 *所定の診断書 *病歴・就労状況等申立書 ○年金手帳又は基礎年金番号通知書 ○本人名義の金融機関の通帳 ○マイナンバー（個人番号）が分かるもの ○その他（お客様の状況により異なります）	○所得制限があります。 ○過去の状況を確認するため、認定に時間がかかる場合があります（支給が決定された場合、請求を行った月の翌月分まで遡って支給されます）。