

4 医療

(1) 健康診査

《身体障がいのある方や児童・知的障がいのある方や児童》

身体発育状況や栄養状態のチェックを行うとともに、乳幼児期の疾患の早期発見や障がい児の早期療育を図るため、乳児・1歳6か月児及び3歳児の健康診査を行っています。

【問い合わせ先】各市町村母子保健担当課

(2) 自立支援医療制度

《身体障がいのある方や児童・精神障がいのある方や児童》

ア 更生医療・育成医療

障がいを除去又は軽減する手術や治療を指定自立支援医療機関（P170～176参照）で受診する場合に、医療費の一部を申請により助成します。医療機関窓口での自己負担額は、原則として医療費の1割です。※原則、市町村での事前申請が必要です。

※所得等により月当たりの自己負担に上限額が設定され、一定所得額以上では、公費負担の対象外となる場合もあります。

対象者	<p>更生医療</p> <p>身体に障がいのある18歳以上の方で、手術等により障がい部位の機能が改善される見込みのある方 ※対象例：目・耳・肢体・心臓等の手術や人工透析療法 など ※呼吸器・ぼうこう・直腸機能障がいには、給付の適用がありません。</p>
	<p>育成医療</p> <p>身体に障がいのある18歳未満の方で、手術等により障がい部位の機能が改善される見込みのある方。 ※対象例：目・耳・肢体・心臓等の手術や人工透析療法 など</p>
申請窓口・問い合わせ先	市福祉事務所・町村福祉保健担当課（P186参照）
手続きの流れ	<p>本人</p> <p>市福祉事務所 町村障がい担当課</p> <p>①受給者証 交付申請</p> <p>②給付決定通知 受給者証交付</p> <p>③受給者証提示</p> <p>④医療給付</p> <p>⑤自己負担</p> <p>指定医療機関</p> <p>報告書</p> <p>※更生医療の場合</p> <p>大分県身体障害者 更生相談所</p> <p>判定依頼</p> <p>判定書送付</p> <p>身体障害者更生相談所では、 医師等により専門的・技術的 な立場から意見書等の申請内 容を審査し、内容の妥当性や 給付の適否について判定を行 います。</p>

4 医療

イ 精神通院医療

精神障がいのために、通院による精神医療を継続的に要する病状にある人に対して、指定自立支援医療機関（P177～184参照）で治療を受ける医療費の一部を申請により助成します。医療機関窓口での自己負担額は、原則として医療費の1割です。

※原則、市町村での事前申請が必要です。

※所得等により月当たりの自己負担に上限額が設定され、一定所得額以上では、公費負担の対象外となる場合もあります。

対象者	精神障がい（てんかん含む）のために、継続的な通院医療を要する人 ※対象例：統合失調症・精神作用物質による急性中毒・その他の精神疾患 など
申請窓口・問い合わせ先	各市町村精神保健福祉担当課
手続きの流れ	<p>The flowchart illustrates the process of applying for mental hospital medical care. It involves four main entities: the applicant (本人), the municipal office (市福祉事務所), the designated medical institution (指定医療機関), and the health center (保健所).</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 受給者証 交付申請 (Application for recipient certificate delivery) from the applicant to the municipal office. ② 判定依頼 (Request for determination) from the municipal office to the health center. ③ 受給者証送付 (Delivery of recipient certificate) from the health center to the municipal office. ④ 給付決定通知 受給者証交付 (Notification of payment decision and delivery of recipient certificate) from the municipal office to the applicant. ⑤ 受給者証提示 (Presentation of recipient certificate) from the applicant to the designated medical institution. ⑥ 医療給付 (Medical payment) from the designated medical institution to the applicant. ⑦ 自己負担 (Self-payment) from the applicant to the designated medical institution. <p>The health center (保健所) is noted to perform determination, payment certification, and recipient certificate creation (判定、支給認定、受給者証作成を行います).</p>

4 医療






(3) 重度心身障がい者医療費助成制度 《障がいのある方や児童》

重度の心身障がいがある方の福祉の増進を図るため、医療機関等で支払われた医療費（医療保険適用分）の自己負担額を助成する制度です。

※所得制限等により、助成対象に該当しない場合があります。

※自立支援医療や他法に規定する公費負担が適用される方は、その制度が優先されます。

※入院中の食事療養費等や、保険が適用されない医療費は助成の対象外です。

<p>対象者</p>	<p>県内の市町村に住民登録があり、医療保険に加入している以下に該当する方等です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①身体障害者手帳 1、2級の所持者 ②療育手帳 A 1、A 2の所持者 ③身体障害者手帳 3級の所持者で I Q 5 0 以下の方等 ④精神障害者保健福祉手帳 1 級の所持者（精神病床における入院に要した経費を除く） <p>※市町村によって、対象が異なる場合があります。</p> <p>※助成を受けるためには、市役所または市町村役場での受給資格申請が必要です。</p> <p>手続きや内容に関するご相談は、市役所等へお尋ねください。</p>
<p>助成方法</p>	<p>【自動償還払方式】 令和元年10月受診分から医療費助成の還付申請手続きが不要になりました。 詳しくは、お住まいの市町村担当課にお問い合わせください。</p> <p>【令和元年9月受診分以前の還付方法】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>①医療機関等を受診し、医療費（自己負担額）を支払う。</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>②市役所(町村役場)に行き、医療費の助成申請をする。</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>③助成金振込。</p>  </div> </div> <p>【令和元年10月受診分から: 自動償還払方式】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>①医療機関等を受診し、医療費（自己負担額）を支払う。 ※受給者証の提示</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>②助成金振込。</p>  </div> </div> <p>※原則、市役所(町村役場)に行く必要はありません。</p> <p>※自動償還払方式を利用するには、「受給者証」の提示が必要です。</p>
<p>申請窓口・問い合わせ先</p>	<p>市福祉事務所・町村福祉保健担当課（P 1 8 6 参照）</p>

4 医療

(4) 後期高齢者医療制度

《障がいのある方》

次の①及び②の方を被保険者とした公的な医療保険制度です。

①75歳以上の方

②65歳～75歳未満の方で一定の障がい（下記参照）について、広域連合の認定を受けた人
医療機関窓口での自己負担額は、所得状況に応じて、医療費の1～3割となっています。

なお、令和4年10月1日から2割負担となった方については、外来の負担額を3,000円までに抑える配慮措置があります。

※保険料は、前年の所得等によって算定されますので一人ひとりの保険料は異なります。

※所得等により月当たりの自己負担に上限額が設定されています。

※②の方の当制度への加入は任意です。また、加入された後、本人の申請により、いつでも脱退することができます。脱退した場合は、国民健康保険等の医療保険制度に加入することになります。

一定の障がい	①身体障害者手帳1～3級をお持ちの方 ②身体障害者手帳4級をお持ちの方で次のいずれかに該当される方 ・音声機能又は、言語機能の著しい障害を有するもの ・両下肢のすべての指を欠くもの ・1下肢の下腿の2分の1以上を欠くもの ・1下肢の機能の著しい障害を有するもの ③療育手帳A1・A2をお持ちの方 ④精神障害者保健福祉手帳1級・2級をお持ちの方 ⑤障害基礎年金1級・2級の年金証書をお持ちの方 他
問い合わせ先	大分県後期高齢者医療広域連合（電話 097-534-1771） 各市町村後期高齢者医療担当課