



心身障害者（児）医療費の助成（障 受給者証）

■対象

- ①身体障害者手帳1・2級（内部障がい（P 44）にあつては3級、また内部障がい4級であつても障がいの重複により手帳3級と認定された方も含む）
- ②愛の手帳（東京都発行）1・2度
- ③精神障害者保健福祉手帳1級

■助成の制限

次のいずれかにあてはまる方は助成が受けられません。

- ①生活保護や中国残留法人等支援給付を受けている方
- ②公費により医療費が賄われている施設に入所している方
- ③65歳以上で新規に該当される方
- ④65歳に達する日の前日までに申請をしなかった方（東京都内に住所がなかった、生活保護を受けていたなどの理由で申請できなかった方は該当する場合がありますのでお問い合わせください。）
- ⑤国民健康保険又は社会保険の加入をしていない方
- ⑥後期高齢者医療被保険者で住民税が課税されている方
- ⑦本人（20歳未満は世帯主等）の令和7年度（令和6年分）所得が次の限度額以上の方

扶養親族の数	0人	1人	2人	3人以上1人増すごとに
本人所得 (20歳未満は世帯主等)	3,661,000円	4,041,000円	4,421,000円	380,000円加算

■申請窓口及び申請手続に必要な書類

申 請 窓 口	申 請 内 容	申請に必要なもの
障害福祉課障害者支援 (障害事業) 本庁舎1階 ☎03-5744-1251 FAX 03-5744-1555 各地域庁舎 地域福祉課 (表紙、P28)	新規申請 再交付 転居による住所変更 健康保険の変更 その他の変更の申請	①身体障害者手帳、愛の手帳及び精神障害者保健福祉手帳 ②加入している健康保険の被保険者資格情報が分かるもの (下記のいずれか) ・有効期限内の健康保険証 ・資格確認書 ・マイナポータルの「資格情報画面」(印刷したものをお持ちいただくか、画面をご提示ください。) ・資格情報のお知らせ ③マイナンバー確認書類 ④身元確認書類 ※③、④の詳細については、P14

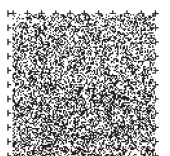
■助成の範囲

国民健康保険や健康保険などの各種医療保険の自己負担分からマル障一部負担金（下記参照）を差し引いた額を助成します。助成対象となるのは医療保険の適用となる医療費です。

マル障一部負担金（令和元年8月1日から）

マル障一部負担金		一月あたりの自己負担上限額	
住民税課税者	通院（外来）	1割	18,000円／月 年間上限144,000円／年※1
	入院	1割	57,600円／月 多数回：44,400円／月※2
住民税非課税者	通院（外来）	負担なし	
	入院	入院時食事代（標準負担額）のみ負担	

- ※1 毎年8月1日から翌年7月31日までにおいて、月の外来療養に係るマル障自己負担額の合計が144,000円を超えた場合、超えた部分を高額医療費として助成します。ただし、加入している健康保険組合等から高額療養費として支給される額については除きます。
- ※2 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から多数回該当となり上限額が44,400円に下がります。





医療

4

■助成方法

- ①交付を受けた「**②**受給者証」を健康保険証と一緒に取り扱い医療機関の窓口へ提出してください。
- ②都外の医療機関で診療した場合など、保険診療の自己負担を支払った場合は、下記のものを持参のうえ、払戻しの申請をしてください。

■払戻しに必要な書類

払戻しの申請は本庁舎 1 階障害福祉課のみで受け付けます。また、郵送での申請も可能です。詳細については、障害福祉課障害者支援（障害事業）までお問い合わせください。

- ①**④**医療助成費支給申請書…ひと月に対して 1 枚必要です。申請書は、障害福祉課窓口もしくは大田区ホームページからダウンロードできます。（A3サイズでご申請ください。）
- ②**②**受給者証
- ③加入している健康保険の被保険者資格情報が分かるもの（下記のいずれか）
 - ・有効期限内の健康保険証
 - ・資格確認書
 - ・マイナポータルの「資格情報画面」（印刷したものをお持ちいただくか、画面をご提示ください。）
 - ・資格情報のお知らせ
- ④本人の銀行口座がわかるもの（通帳等）
- ⑤領収書の原本…（患者氏名・診療期間・保険総点数・領収年月日・医療機関名及び印のあるもの）
領収書は受診月ごとにまとめたうえ、一括して請求してください。
注）自己負担額がある方で、確定申告等で必要な場合はあらかじめコピーを取っていただき、原本と一緒に持ちください。
- ⑥医師の診断書（または意見書）の写し ※補装具の費用申請をされる場合
- ⑦保険者発行の支給決定通知書 ※補装具または施術（はり灸マッサージ等）で全額自己負担した費用を申請される場合

後期高齢者医療制度への加入申請

65歳から74歳で次に掲げる一定の障がいのある方は、後期高齢者医療制度に加入申請することができます。

- ・身体障害者手帳 1 級～3 級（4 級の一部を含む）
- ・愛の手帳（東京都発行）1 度・2 度
- ・精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級 など

※加入申請を検討されている方は事前に下記担当へご相談ください。また、身体障害者手帳 4 級の方は加入ができるかどうかについてもご確認ください。

後期高齢者医療制度の問合先 国保年金課後期高齢者医療資格担当

☎03-5744-1608 FAX 03-5744-1677

難病医療費の助成

■対象

大田区に住民票があり、国又は都の指定する難病に罹患している方で、認定基準を満たす方が対象です。※指定難病はP47参照。

■医療費助成の内容

- (1) 指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病を治療するために受ける診療、調剤、居宅における療養上の管理及びその治療に伴う看護などです。
- (2) 各種医療保険を適用した後の自己負担額から、「月額自己負担上限額」を控除した額を助成します。また医療保険の負担割合が3割の方は1割分についても助成します

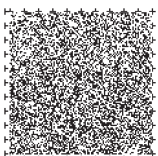
（本人負担は2割になります。）。ただし、入院時の食事代と生活療養標準負担額は含みません。

※「自己負担上限額（月額）」参照

(3) 介護の給付の内容は、次のサービスに限ります。

- ①訪問看護 ②訪問リハビリテーション
- ③居宅療養管理指導 ④介護療養施設サービス ⑤介護予防訪問看護 ⑥介護予防訪問リハビリテーション ⑦介護予防居宅療養管理指導 ⑧介護医療院サービス

(4) 上記の医療費助成は、国疾病の場合都道府県及び政令指定都市の指定を受けた医療





医療

機関（病院、診療所、薬局）又は訪問看護事業者で受診をした場合に限り受けられます。

■窓口 各地域庁舎の地域福祉課
精神障害者支援・難病医療費助成
(表紙、P28)

【自己負担上限額（月額）】

(円)

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合 2 割		
			自己負担上限額（外来 + 入院）		
			一般	高額かつ長期 ※	人工呼吸器等 装着者
生活保護	—		0	0	0
低所得Ⅰ	区市町村民税 非課税世帯	本人年収 80 万 9 千円以下	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80 万 9 千円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税 課税世帯	区市町村民税（所得割） 7.1 万円未満	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ		区市町村民税（所得割） 7.1 万円以上 25.1 万円未満	20,000	10,000	
上位所得		区市町村民税（所得割） 25.1 万円以上	30,000	20,000	

※高額かつ長期とは、難病の医療助成費を受け始めてから後、月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年6回以上ある方です。詳細はお問い合わせください。

自立支援医療

● 自立支援医療（精神通院）

精神障がい者の方が精神科等に通院している場合、その医療費の助成を行います。原則として医療費の1割が自己負担となりますが、所得に応じて負担上限額が設定されています。（所得によって、対象とならない場合もあります。）一定の要件を満たす方は全額が助成されます。
※有効期間は1年間です。（継続のためには手続きが必要です。）

■対象

精神疾患を理由として通院している方

■問合先

（申請）各地域庁舎の地域福祉課 精神障害者支援・難病医療費助成（表紙、P28）

（制度について）東京都福祉局障害者施策推進部 精神保健医療課生活支援担当

☎03-5320-4464

（認定内容について）東京都立中部総合精神保健福祉センター事務室自立支援医療担当

☎03-3302-7871

● 自立支援医療（更生医療）－18歳以上－

身体障がい者の日常生活の便宜を増すため、障がいの程度を軽くしたり、取り除いたりする医療を給付する制度で医療保険の自己負担を公費で負担します。

■対象

身体障害者手帳の交付を受けた方のうち、東京都心身障害者福祉センターの判定等で必要と認められた方

■給付内容

①診察・看護・移送

②薬剤又は治療材料の支給

③医学的処置、手術及びその他の治療ならびに施術

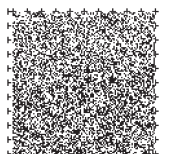
④病院又は診療所への入院

■費用

1割の定率負担。所得により上限があります。

■窓口

各地域庁舎の地域福祉課 身体障害者支援（表紙、P28）





医療

● 自立支援医療（育成医療）－ 18 歳未満－

身体に、現在又は将来において機能障がいを残す可能性があり、治療後に機能回復が見込まれる18歳未満の児童に対し、指定自立支援医療機関において、必要な医療の支給を行う制度で、健康保険の自己負担分の一部を公費で負担します。

■対象

肢体不自由・視覚・聴覚・平衡機能・音声・言語・そしゃく機能・心臓機能・腎臓機能・小腸機能・肝臓機能・その他の内臓・免疫機能の障がい。
（内科的治療、臓器摘出、悪性新生物、難病医療費助成対象となっている場合等は、支給対象外です。）

■給付内容

- ①診察・看護
- ②薬剤又は治療材料の支給
- ③医学的処置、手術及びその他の治療
- ④病院又は診療所への入院

■費用

1割の定率負担。所得により上限があります。

■窓口

各地域庁舎の地域健康課（表紙、P28）

【自立支援医療費負担上限額】

（円）

区 分 (下記(2)～(6)について、「世帯」とは、国保の場合は、同一加入関係にある方全員、社保等の場合は、同一加入の社保等の被保険者のことです。)	自己負担割合 1 割	
	1 か月の自己負担上限額	
	重度かつ継続に該当しない	重度かつ継続に該当する
(1) 生活保護世帯及び中国残留邦人等支援給付世帯	0	0
(2) 区市町村民税非課税世帯で受診者本人（未成年の場合は保護者それぞれ）の収入が 80 万 9 千円以下	2,500	2,500
(3) 区市町村民税非課税世帯で受診者本人（未成年の場合は保護者いずれか）の収入が 80 万 9 千円を超える	5,000	5,000
(4) 区市町村民税（所得割）3 万 3 千円未満の世帯 ☆	上限なし 育成医療については経過措置（※）で重度かつ継続に該当する場合と同様の上限額があります。	5,000
(5) 区市町村民税（所得割）3 万 3 千円以上 23 万 5 千円未満の世帯 ☆		10,000
(6) 区市町村民税（所得割）23 万 5 千円以上の世帯 ☆	自立支援医療対象外	20,000 ※

※令和9年3月31日までの経過措置です。

☆年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分廃止前の想定区市町村民税（所得割）の額で判定します。

ひとり親家庭医療費助成

－父又は母に障がい等があるとき－

■対象

区内に住所があり健康保険に加入している次の㊦～㊨に該当する家庭の父、母又は養育者に扶養されている児童（18歳に達した日以降の最初の3月31日までの方及び20歳未満で、重度の障がいのある方を含みます。）

※内部障がいの場合は所定の診断書が必要。
（診断書の障がいの状況によっては所定の医師の審査により該当しないことがあります。）

㊦父又は母が**重度の障がい者**（おおむね身体障害者手帳1・2級程度）である児童
※障がいの内容、程度によっては所定の診断書が必要。（診断書の障がいの状況によっては所定の医師の審査により該当しないことがあります。）

㊧父母が婚姻を解消した児童

㊨父又は母が、**死亡**又は**生死不明**である児童

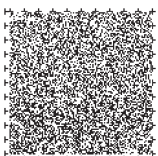
㊩父又は母に、**1年以上遺棄**されている児童

㊪父又は母が、**1年以上拘禁**されている児童

㊫婚姻によらないで出生した児童（父から扶養されている児童を除く）

㊬父母がともに上記の**太字**の状態にある児童

㊭父又は母が、DV保護命令を受けた児童





医療

■助成の制限

次にあてはまる場合は助成が受けられません。

- ①生活保護を受けている方
- ②児童が児童（社会）福祉施設に入所しているとき（母子生活支援施設・保育園・児童発達支援センター等を除く）

③申請者及び同一世帯にある扶養義務者等の所得が下表以上の方

④児童福祉法による小規模住居型児童養育事業を行う者又は里親に委託されている方

（令和7年4月1日現在）

税法上の扶養親族等の数	0人	1人	2人	3人以上1人増すごとに
申請者本人	2,080,000円	2,460,000円	2,840,000円	380,000円加算
扶養義務者等	2,360,000円	2,740,000円	3,120,000円	380,000円加算

■助成範囲

保険証を使って病院等で診療、薬剤の支給を受けた場合に窓口で支払う保険診療の自己負担分の一部
（心身障害者（児）医療費の助成（P59）の助成範囲と同じ）

■助成方法

- ①交付を受けた医療証を、保険証と一緒に医療機関の窓口提示すれば医療費が助成されます。
- ②都外やこの制度による診療を取り扱わない医療機関では、一旦自己負担分を支払って所定の項目が記載された領収書等を添付して窓口で請求すると後日医療費が支払われます。

■申請手続

申請には次の書類等が必要です。

- ①保険情報が確認できる書類（公簿確認が難しい方のみ）
 - ②申請者及び児童の戸籍謄本
 - ③児童扶養手当証書（受給者のみ）
 - ④マイナンバー確認書類
 - ⑤身元確認書類
- ※④⑤の詳細についてはP14

■窓口

子育て支援課子育て支援担当（児童育成）

☎03-5744-1274

FAX 03-5744-1525

4

在宅高齢者等訪問相談事業

在宅で心身の虚弱な方及びその介護家族に対し、日常生活上の保健福祉に関する専門的な指導等を行い、これらの方の心身機能の低下防止、健康の保持向上及び福祉の増進を図ります。

■対象

在宅で心身が虚弱状態にある方及びその方を介護している家族

■指導内容

ねたきり予防、リハビリ、食事、栄養、口腔

衛生指導等

■指導担当

保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士

■費用

無料（ただし材料費は自己負担）

■窓口

各地域庁舎の地域福祉課（表紙、P28）

産科医療補償制度

■制度の概要

お産に関連して重度脳性まひとなり、所定の要件を満たした場合に、お子様とご家庭の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性まひ発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に役立つ情報を提供するなどにより、産科医療の質の向上などを図ることを目的とした制度です。

■補償内容

一時金と分割金をあわせ、総額3,000万円が支払われます。

■補償申請期間

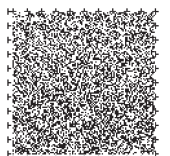
申請できる期間は、お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。

※詳細は下記窓口にご照会いただくか、もしくは産科医療補償制度ホームページ（<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>）をご参照ください。

■窓口

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
☎0120-330-637

受付時間：午前9時～午後5時
（土日祝日・年末年始を除く）





障がい者（児） 歯科相談・診療

● 障がい者歯科相談（無料）

区内在住の心身又は精神に障がいがある方を対象に、歯科の健康相談、健康診査、及び指導を行います（治療は行いません）。利用回数は1人1回です。会場までの交通費は、自己負担になります。

■対象・実施方法

- ①区内の民間障がい者施設に通所している方（一部施設のみ対象）

会場は通所する施設、実施日は歯科医師会と施設が協議して決めます。

- ②区内在住の障がい者施設に通所していない方で、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

会場は歯科医師会指定の歯科診療所、実施期間申し込みについては、区報・ホームページでご案内します。

■申込先

大森歯科医師会

☎03-3755-5400 FAX 03-3755-0307

蒲田歯科医師会

☎03-3735-1004 FAX 03-3737-0378

■問合先

健康づくり課

☎03-5744-1672 FAX 03-5744-1523

● 東京都立荏原病院（歯科・口腔外科）

心身障がい者、ねたきり高齢者、入院歯科治療など一般の歯科病院では対応が難しい方の治療を行っています。一般開業医や病院、施設等からの紹介を原則とし、危険性の高い治療が終わった後は主治医に戻すという方法なども取り入れながら、地域医療機関との連携を推進しています。主治医のいない方には相談のうえ、近隣の歯科開業医を紹介することもできます。

■外来診療日（原則として予約制）

初診：月、火、水、金曜日の午前

再診：月～金曜日の午前・午後

■利用方法

下記へ電話で予約してください。

■問合先

（地独）東京都立病院機構 東京都立荏原病院
〒145-0065 東雪谷4-5-10

☎03-5734-5489（予約専用番号）

痛みなどが重篤で緊急を要する場合は直接歯科・口腔外科へご相談ください。

☎03-5734-8000（代表番号）

FAX 03-5734-8023

● 東京都立心身障害者口腔保健センター

一般の歯科診療所等では十分治療することが困難な障がいのある方を対象として、歯科治療・予防・食べる機能・話す機能などの訓練等を行います。

■診療日時

月～金曜日、午前9時～正午、午後1時～午後4時30分（日・祝日・年末年始休診）

土曜日、午前9時～正午（治療のみ）

■利用方法

下記へ電話で予約してください。

■問合先

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

セントラルプラザ事務棟9階

☎03-3267-6480 FAX 03-3269-1213

ホームページ <https://tokyo-ohc.org/>

※上記の他、大田区の各地域健康課では身体障がい・知的障がい・精神障がいのある方（障がい児を含む）を対象に、歯科相談を行っています。

■問合先

大森地域健康課 ☎03-5764-0661

調布地域健康課 ☎03-3726-4145

蒲田地域健康課 ☎03-5713-1701

桜谷・羽田地域健康課 ☎03-3743-4161

