

12 精神に障がいのあるかたの訓練等

地域活動支援センター

通所により、創作的活動や生産活動を行ったり、社会との交流促進等を図り、自立した日常生活や社会生活を送れるよう支援します。

施設名	お問合せ先
秋田市のぞみ地域活動支援センター	障がい福祉課 TEL 888-5663 FAX 888-5664
秋田市南浜地域活動支援センター	
地域活動支援センター クローバー	TEL 846-5328 FAX 846-5358

1 自立支援医療制度

(1) 自立支援医療（更生医療）

身体障害者手帳の交付を受けている18歳以上のかたが、更生医療の指定を受けている医療機関で、身体上の障がいを軽減し、日常生活を容易にするための治療（人工透析、人工関節の手術等）について医療費の支給が受けられます。ただし、原則として医療費の1割の自己負担があります（所得制限あり）。

◆ 対象となる障害区分

- 肢体不自由
- 視覚障害
- 聴覚、平衡機能障害
- 音声、言語、そしゃく機能障害
- 免疫機能障害
- 内部障害（心臓、腎臓、小腸、肝臓機能障害に限ります。）

※身体障害者手帳に記載されている障がい（部位）に対する医療であること、保険診療であること等の条件があります。

◆ 必要書類

- 医学的意見書
- 申請書
- 同意書
- 加入している公的医療保険が分かるもの
- 身体障害者手帳
- マイナンバー（個人番号）を確認できるもの
- 本人確認書類（マイナンバーカード等）
- ※代理人の場合は、代理人の本人確認書類（マイナンバーカード等）
- 特定疾病療養受療証（人工透析の場合）
- 年金を受給している場合、金額が分かるハガキ等
- ＊意見書は、指定医療機関の担当医師へ記入を依頼してください。
- また、市町村民税（所得割）や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

（２）自立支援医療（育成医療）

18歳未満のかたが、育成医療の指定を受けている医療機関で、必要な治療について医療費の支給が受けられます。ただし、原則として医療費の1割の自己負担があります（所得制限あり）。

◆ 対象となる障害区分

- 肢体不自由
- 視覚障害
- 聴覚、平衡機能障害
- 音声、言語、そしゃく機能障害
- 免疫機能障害
- 内部障害（心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸および肝臓機能障害を除く障害については、先天性のみに限ります。）

※内部障害は手術の場合のみを対象としますが、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法および肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となります。

◆ 必要書類

- 自立支援医療（育成医療）意見書
- 申請書
- 同意書
- 加入している公的医療保険が分かるもの（世帯全員分）
- マイナンバー（個人番号）を確認できるもの
- 本人確認書類（マイナンバーカード等）
- ※代理人の場合は、代理人の本人確認書類（マイナンバーカード等）
- ＊意見書の記入は、指定医療機関の担当医師へ依頼してください。
- また、市町村民税（所得割）や所得が確認できる公的証明書が必要な場合があります。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

（３）自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患（てんかんを含みます。）を有するかたが、通院による精神医療（外来、外来での投薬、デイケア、訪問看護など）を継続して受ける必要がある場合に、指定医療機関での通院医療費の自己負担分の一部を公費で負担します。事前に認定申請が必要です。

◆ 必要書類

- 申請書
- 同意書
- 診断書（秋田県指定の様式）
- 加入している公的医療保険が分かるもの

国民健康保険	→ 世帯全員の保険証の写し
社会保険（本人）	→ 本人のみの保険証の写し
社会保険（家族）	→ 被保険者と本人の保険証の写し
後期高齢者医療制度	→ 世帯全員の保険証の写し

○前年の収入を確認できるもの（※非課税世帯で年金等の収入のあるかた）

○個人番号確認書類および本人確認書類

※申請書、診断書等は、健康管理課や一部の医療機関に備え付けています。

◆ お問い合わせ先

健康管理課 TEL 883-1180 FAX 883-1158

e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

2 福祉医療制度

福祉医療制度による医療費の助成

次に該当するかたの保険診療にかかる自己負担分を助成します。

なお、健康保険に加入していないかた、生活保護を受給しているかたおよび他の制度により既に医療費助成を受けていて自己負担のないかたは、この制度での助成対象とはなりません。

◆ 対象者

- 身体障害者手帳の1～3級又は療育手帳Aをお持ちのかた
（社会保険の本人（注）のみ所得制限があります。）
- 65歳以上で、身体障害者手帳の4～6級をお持ちのかた
（所得制限があります。社会保険の本人（注）は該当しません。）
- （令和6年8月～）精神障害者保健福祉手帳1級を所持し、自立支援医療（精神通院）の支給を認定されているかた

（注）「社会保険の本人」とは「国民健康保険、国民健康保険組合および後期高齢者医療以外の健康保険に加入している被保険者」をいいます。

◆ 必要書類

- 加入している公的医療保険が分かるもの
- 身体障害者手帳又は療育手帳
- 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）受給者証
- 所得証明書（総所得金額等、扶養人数、各種控除額が記載されたもの）
※所得確認の対象者が、1月1日時点で、秋田市に住民登録をしていなかった場合（いわゆる住民税が、秋田市課税でない場合）に必要となります。秋田市課税の場合は、お知らせください。
なお、申請時期により、必要となる証明書の年度が異なります。
個人番号（マイナンバー）の提示により、省略できる場合があります。

◆ お問合せ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

3 特定疾病による通院、入院

小児慢性特定疾病医療費の助成

小児慢性特定疾病に該当するかたに医療受給者証を交付し、医療費や入院時の食事代を助成します。助成額は、疾病や課税状況等により異なりますので、詳細はお問合せください。

◆ 必要書類

- 申請書 ○医療意見書
- 加入している公的医療保険が分かるもの
- 個人番号（マイナンバー）確認書類
- 本人確認書類

◆ お問合せ先

子ども健康課 TEL 883-1172 FAX 883-1173
e-mail ro-chhl@city.akita.lg.jp

4 未熟児での入院

未熟児の医療費の助成

赤ちゃんが未熟児で生まれて入院した場合の医療費と食事療養費（おむつ代等を除く。）を助成します（最長1歳未満まで）。

詳細はお問合せください。

◆ 対象費用

おむつ代などを除く入院医療費と食事療養費が対象です。

課税状況に応じて自己負担額を決定します。

なお、秋田市福祉医療費受給者証が交付されている場合、保険診療にかかる医療費の自己負担はありません。

◆ 必要書類

- 申請書 ○世帯調書 ○養育医療意見書
- 加入している公的医療保険が分かるもの
- 所得、課税状況に関する公簿等の閲覧同意書
- 未熟児養育医療の自己負担金と福祉医療費の委任について
- 秋田市福祉医療費受給者証
- 個人番号（マイナンバー）確認書類 ○本人確認書類

◆ お問合せ先

子ども健康課 TEL 883-1172 FAX 883-1173
e-mail ro-chhl@city.akita.lg.jp

5

医療費等の助成

5 各種定期予防接種

◆ お問い合わせ先

健康管理課

TEL 883-1179 FAX 883-1158

e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(1) インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症定期予防接種

接種日に60歳以上65歳未満のかたで、心臓、じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に、身体障害者手帳1級相当の障がいをお持ちのかたが、定期予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。

実施期間、自己負担額等、詳細についてはお問い合わせください。

(2) 肺炎球菌ワクチン定期予防接種

接種日に60歳以上65歳未満のかたで、心臓、じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に、身体障害者手帳1級相当の障がいをお持ちのかたが、定期予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。

対象年齢であっても、今まで肺炎球菌ワクチンを接種したことがあるかたは助成の対象になりませんので、ご注意ください。

実施医療機関、自己負担額等、詳細についてはお問い合わせください。

(3) 带状疱疹ワクチン定期予防接種

接種日に60歳以上65歳未満のかたで、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に、身体障害者手帳1級相当の障がいをお持ちのかたが、定期予防接種を受けるとき、接種費用の一部を公費で負担します。

実施医療機関、自己負担額等、詳細についてはお問い合わせください。

6 難病による通院、入院

(1) 特定医療費（指定難病）受給者証

指定難病に該当し、一定の認定基準を満たしているかたに、医療費助成の受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。

助成額は、課税状況により異なります。詳細は、お問合せください。

◆ 新規申請に必要なもの

①申請書 ②臨床調査個人票（指定様式） ③住民票（世帯全部）

④健康保険の加入状況が確認できる書類の写し

⑤市民税・県民税（所得・課税）証明書 ⑥同意書

⑦支給認定基準世帯員記載用紙

※④、⑤、⑥については加入している健康保険により提出していただく範囲が異なりますので、詳しくは健康管理課にお問合せください。

※①、②、⑥、⑦の用紙は健康管理課に備え付けています。

※下記に該当又は所持しているかたは提出が必要なもの

○世帯内に他に特定医療費または小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる場合はその受給者証および健康保険の加入状況が確認できる書類

○障害年金や遺族年金等を受給している場合、公的機関発行の通知などの写し

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 827-5250 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(2) 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

先天性血液凝固因子障害等に該当されるかたに医療受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。

必要書類は疾患により異なります。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 827-5250 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(3) 特定疾患医療受給者証

スモン、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。）に該当されたかたに、医療受給者証を交付し、医療費の自己負担分を助成します。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 827-5250 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

(4) 登録者証（指定難病）

指定難病の診断基準を満たした方に対して、指定難病に罹患していることを証明する「登録者証」を発行します。

登録者証は障害福祉サービスの受給申請やハローワーク等で指定難病であることの証明が必要な際に、医師の診断書の代わりに活用することができます。

登録者証の交付申請については、お問合せください。

※「特定医療費（指定難病）受給者証」も同様に利用できるため、医療費助成を受けている受給者は必ずしも申請をする必要はありません。

◆ お問合せ先

健康管理課 TEL 827-5250 FAX 883-1158
e-mail ro-hlhm@city.akita.lg.jp

7 産科医療補償制度

産科医療補償制度

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、お子さまとご家族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。

母子手帳に記載されているほか、産科医療補償制度のホームページで確認できます。詳細についてはお問合せください。

◆ お問合せ先

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
TEL 0120-330-637

受付時間：午前9時から午後5時（土日祝日、年末年始を除く）

産科医療補償制度ホームページ <http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>

