

医療費の公費負担制度

②その他医療費助成・その他の助成について

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

先天性血液凝固因子障害等の患者と認定されると、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証が交付され、先天性血液凝固因子障害等の治療に係る医療費の全額が公費負担されます。

〈対象となる方〉

北海道に在住の20歳以上の方で、つぎの対象疾患と医師に診断されている方

対象疾患一覧

(1) 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症	(7) 第Ⅹ因子(スチューアートプラウア)欠乏症
(2) 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症	(8) 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症
(3) 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症	(9) 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症
(4) 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症	(10) 第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症
(5) 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)	(11) von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病
(6) 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)	(12) 血液凝固因子製剤の投与を起因するHIV感染症

〈初めての申請に必要な書類〉

- ① 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書
- ② 先天性血液凝固因子障害等患者個人調査票
- ③ 患者本人の住民票(3ヵ月以内)
- ④ 医療保険の資格情報が確認できる資料
- ⑤ 特定疾病療養受療証(交付を受けている方のみ)

詳しくは、北海道のホームページをご覧ください。

検索画面で「北海道 先天性血液凝固因子」で検索するか、つぎの二次元コードをご覧ください。



〈医療費の自己負担〉

医療費の自己負担はありません。

〈受給者証の有効期間〉

有効期間は、原則1年間(4月1日から3月31日まで)となります。
新規申請の場合、受理日から最初に到達する3月31日までとなります。
ただし、交付月が1月から3月だった場合は、翌年の3月31日までとなります。
受給者証をお持ちの方には、更新申請の御案内を別途お送りいたします。

ウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業(肝炎治療特別促進事業) 国制度

◎B 型ウイルス性肝炎および C 型ウイルス性肝炎の根治を目的とするインターフェロン治療実施中(又は治療予定)のうち、肝がんの合併のない方

◎C 型ウイルス性肝炎の根治を目的とするインターフェロンフリー治療実施中(又は治療予定)のうち、肝がんの合併のない方

◎B 型ウイルス性肝炎核酸アナログ製剤による治療を実施中(又は治療予定)の方

〈対象となる疾病(治療法)〉

(1) B型慢性肝炎(インターフェロン)	(5) C型代償性肝硬変(インターフェロンフリー)
(2) C型慢性肝炎(インターフェロン)	(6) C型非代償性肝硬変(インターフェロンフリー)
(3) C型代償性肝硬変(インターフェロン)	(7) B型慢性肝炎(核酸アナログ製剤使用)
(4) C型慢性肝炎(インターフェロンフリー)	

※この制度は、医療保険に加入している方のみが対象となっており、生活保護世帯の方など他法での医療給付を受けている方は申請できません。

〈初めての申請に必要な書類〉

① 医療受給者証交付申請書	⑤ 世帯全員の市民税(所得割額)を証明する書類※15歳未満の方は省略可 ●市・道民税納税通知書 (1頁と5頁と7頁) ●市・道民税特別徴収額通知書 ●市・道民税・森林環境税所得(課税)証明書 のいずれかを提出
② 診断書(3ヵ月以内)	
③ 世帯全員の住民票(3ヵ月以内)	
④ 患者の加入する医療保険の資格情報が確認できる資料	

※B 型肝炎(核酸アナログ製剤)の場合、国制度が不認定であっても、北海道制度の基準に該当する場合、みなし申請として、北海道制度で受給者証が発行される場合があります。

〈受給者証の有効期間〉

・核酸アナログ製剤使用の場合

原則 1 年間(10月 1 日から翌年9月30日まで)となり、更新申請ができます。

※新規申請を受理日の月の 1 日から最初に到達する9月30日までとなります。

ただし、交付月が7月から9月の場合は、翌年の9月30日までとなります。

受給者証をお持ちの方には、更新申請の御案内を別途お送りいたします。

・その他治療の場合

治療開始1年以内で治療予定期間に則した期間(申請を受理した日の属する月の初日から起算)。ただし、医師が必要と認めた場合は延長することができます。

〈医療費の自己負担〉

22ページを参照してください。

※詳しい制度の説明などは北海道のホームページをご覧ください。
検索画面で「北海道 ウイルス性肝炎 医療費助成」で検索するか、
右の二次元コードをご覧ください。



ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業 北海道制度

〈対象となる疾病〉

(1) ウイルス性慢性肝炎

(2) 肝硬変・ヘパトーム

(3) 橋本病

(甲状腺刺激ホルモン(TSH)の値が $100 \mu\text{U/ml}$ 以上を示しているもの。)

※この制度は、医療保険に加入している方のみが対象となっており、生活保護世帯の方など他法での医療給付を受けている方は申請できません。

〈初めての申請に必要な書類〉

- ① 医療受給者証交付申請書
- ② 臨床調査個人票(3ヶ月以内)
- ③ 医療保険の資格情報が確認できる資料
- ④ その他必要な書類

市・道民税が課税されている方	市・道民税が非課税の方
・患者本人の住民票(3ヶ月以内)	世帯全員の住民票(3ヶ月以内)
	世帯調書(国民健康保険のみ)
	市民税非課税を証明する書類(どちらか) ・市・道民税・森林環境税所得(課税)証明書 (15歳以上の世帯全員) ・市民税非課税証明書 (15歳以上の世帯全員)

〈医療費の自己負担〉

22ページを参照してください。

〈更新申請について〉

上記の新規申請の書類と同様です。

そのほかに、受給者証の写しや住所等の変更があれば、変更届が必要です。

※詳しい制度の説明などは北海道のホームページをご覧ください。

検索画面で「北海道 ウイルス性肝炎 橋本病」で検索するか、右の二次元コードをご覧ください。



〈自己費用負担について〉

課税世帯 (所得割額)	(1)国制度 ウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業(肝炎治療 特別促進事業)	(2)北海道制度 ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本 病重症患者対策医療給付事業
非課税世帯	0円	0円
23万5千円 未満	1ヶ月:10,000円	1ヶ月につき,1医療機関ごとに 入院: 57,600円 通院: 18,000円 院外薬局: 0円
23万5千円 以上	1ヶ月:20,000円	上記同じ

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 国制度

〈対象となる疾患と要件〉

◎B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん

◎重度肝硬変と診断されていること。

・年収約370万円以下であること。

◎肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療(分子標的薬を用いた化学療法等)を受けていること。

◎上記の治療に係る医療費について、高額療養費の基準額を超えた月が助成月を含め過去1年間で3月以上あること。

※高額療養費算定基準額を超える3月目以降の医療費について、患者さんの自己負担額が1万円となるよう助成します。なお、3月目以降(助成が行われる月)については、都道府県が指定する指定医療機関で治療を受けている必要があります。

〈初めての申請に必要な書類〉

① 肝がん重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書

② 臨床調査個人票及び同意書

- ・原則として、患者さん本人からの申し出により医師が記載する書類です。
- ・同意書部分については、患者さん本人に記載いただきます。

③ 世帯全員の住民票

- ・発行日から3か月以内のもの
- ・外国人の方は外国人登録済証明書

④ 患者さんの医療保険の資格情報が確認できる資料

⑤ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し

- ・患者さんが70歳以上で、所得区分が一般に当たる場合は必要ありません。

⑥ 世帯全員の住民税課税・非課税証明書

⑦ 医療記録票(医療機関が作成)

※申請には直近12ヶ月で2ヶ月以上入院または外来にて受診しており、かつその医療費が肝がん・重度肝硬変の治療のみで高額療養費の算定基準を超えていなければなりません。現在受けている医療機関へご相談ください。

※詳しい制度の説明などは北海道のホームページをご覧ください。
検索画面で「北海道 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」で
検索するか、右の二次元コードをご覧ください。



在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成制度 北海道制度

在宅で酸素療法などを行っている方を対象に、酸素濃縮器や人工呼吸器の使用にかかる電気代の一部を前年の使用実績に基づいて助成しています。

〈対象となる方〉

北海道に住所を有し、在宅（住民票所在地）で酸素療法等を行っている方。

※なお、集合住宅又は福祉施設等に入所している方で、居住する部屋などに電気メーターが設置されていない場合は、個人ごとの電気料金額が明確でないことから、助成の対象とはなりません。

〈助成内容〉

○1日の使用時間が12時間未満 → 月額 1,000円

○1日の使用時間が12時間以上 → 月額 2,000円

〈助成対象期間〉

各年1月1日から12月31日までの1年で、当該年限りとなります。

※毎月の助成ではなく、1年単位でまとめて助成する制度です。

新規申請の場合は、申請日の翌月から助成の対象となります。

〈新規申請および継続 兼 助成請求申請について〉

(1) 新規申請に提出するもの

- ① 在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成認定申請書
- ② 本人の住民票

(2) 継続 兼 助成請求申請に提出するもの

- ・ 在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成金請求書兼継続認定申請書
(申請書内に在宅酸素を指示している、かかりつけ医の証明が必要です。)

※ 申請の受付は、1月から2月となっています。

申請書は毎年12月下旬に送付いたします。

※詳しい制度の説明などは北海道のホームページをご覧ください。

検索画面で「北海道 在宅酸素」で検索するか、
右の二次元コードをご覧ください。



在宅人工呼吸器使用患者支援事業 北海道制度

在宅で指定難病等のため、人工呼吸器を使用している方で、医師が診療報酬（医療保険）対象外の訪問看護を必要と認めた場合、年間260回を限度に訪問看護を利用することができます。この事業は、他の制度の訪問看護とも併用することができます。

詳しくは、保健所（保健予防課）へお問い合わせください。

重度心身障害者医療助成

重度心身障がいの方が病院等で診療を受けたときの保険診療に係る医療費の一部を助成しています。助成を受けるためには、受給者証の交付申請手続きが必要です。特定医療費（指定難病）受給者証との併用利用が可能です。

〈対象となる方（函館市の場合）〉

身体に障がいのある方	1～3級の身体障害者手帳をお持ちの方
知的障がいのある方	IQ50以下の方（障がいの程度：重度・中度）
精神障がいのある方	1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方 （手帳の有効期限内にある場合に限りします。）

※65歳～74歳の方は、後期高齢者医療の障害認定を受けていることが要件となります。

※主たる生計維持者の所得が次の限度額未満の方

（8月～12月の間に申請された方は前年の所得、1月～7月に申請された方は前々年の所得が対象となります。）

限度額

扶養人数	所得限度額 （控除後の額）
0人	628万7千円
1人	653万6千円
2人	674万9千円
3人	696万2千円
4人	717万5千円
5人	738万8千円

※所得には一定の控除

（一律80,000円他）があります。

※「寡婦・寡夫控除等のみなし適用」や

「公共用地取得による土地代金等の特別控除」も控除の対象となります

〈助成の範囲〉

入院（精神障がい1級で資格取得の場合、入院は対象外）、通院、調剤、訪問看護、補装具等の費用

※ただし、保険外診療、食事療養標準負担額、生活療養標準負担額、訪問看護基本料、予防接種、診断書を除く。

※詳しい制度の説明などは函館市のホームページをご覧ください。

検索画面で「函館市 重度心身障害者医療費助成」で検索するか、右の二次元コードをご覧ください。

