

身体障害者の障がいの軽減を図り、自立した日常生活、社会生活を営むために必要な医療を提供する医療費の公費負担制度のこと。例えば、人工透析や腎臓移植、心臓のペースメーカー埋め込みなどが対象となる。

(対象者)

18歳以上で身体障害者手帳の交付を受けた者

(対象となる医療)

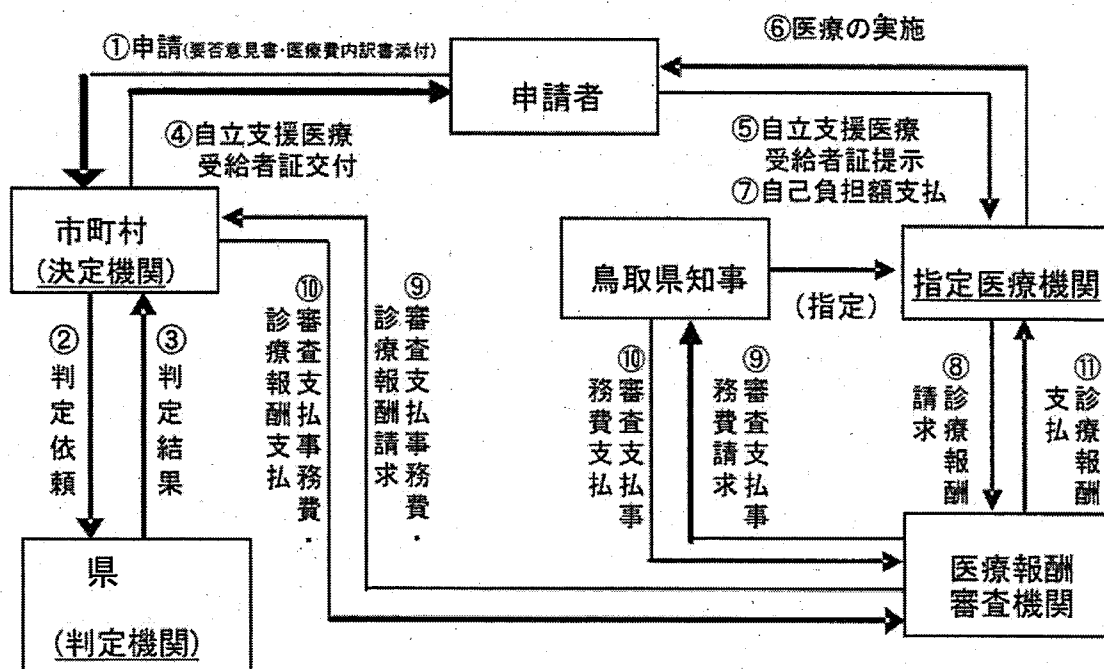
障害の除去・軽減する手術するなどの治療により、確実に治療効果が期待できるもの

- ・ 視覚障害（白内障による水晶体摘出術など）
- ・ 聴覚障害
- ・ 言語障害（唇顎口蓋裂に起因する歯科矯正など）
- ・ 肢体不自由（人工関節置換術など）
- ・ 心臓機能障害（ペースメーカー埋込術など）
- ・ 腎臓機能障害（人工透析療法、腎臓移植術など）
- ・ 肝臓機能障害（肝臓移植術など）
- ・ 小腸機能障害（中心静脈栄養法など）
- ・ HIVによる免疫機能障害（抗HIV療法など）
- ・ その他の先天性内蔵障害（育成医療のみ）

(認定までの流れ)

- ・ 市町村は、更生医療を受けようとする者から申請書類を受取り、申請者が申請の資格を有すると認められた時、県に自立支援医療（更生医療）の可否等について判定依頼を行う。
- ・ 県は、判定依頼に基づき判定を行い、市町村に結果を送付。
- ・ 市町村は、判定結果を踏まえ、自立支援医療（更生医療）が必要と認められた申請者について、支給認定を行う。

【申請・判定・決定通知等事務の流れ】



更生医療要否意見書

氏名		生年 月日	M・T・S・H 年 月 日
住所	市 町 郡 村		
原傷病名			
機能障害			
現在の症状			
具体的治療方針			
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込			
障害程度等級			
<p>上記のとおり診断します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">様</p>			

注) 指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成すること。