

8. 手帳、医療費の助成など

- (1) 精神障害者保健福祉手帳
- (2) 医療費助成制度
 - ・心身障害者医療費助成制度（マル障）
 - ・自立支援医療費制度（精神通院）
 - ・小児精神障害者入院医療費助成
- (3) 手当
 - ・特別障害者手当
 - ・障害児福祉手当
 - ・特別児童扶養手当
- (4) 八王子市住居賃貸代行保証料補助金

精神障害者保健福祉手帳

| | | | |
|-------------|--|--------------|------------------|
| 内容 | 精神障害のある方が、様々な支援を受けるために一定の障害にあることを証明するものです。 | | |
| 有効期限 | 2年（更新手続きは、手帳の有効期限の3か月前からできます） | | |
| 障害等級と状態について | <p>1級 精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</p> <p>例) 外出は自発的にできず付き添いが必要であり、食事の用意や後片付けなどの家事、身の清潔保持も自発的には行えず、生活に常時援助を必要とする方</p> <p>2級 精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</p> <p>例) 必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は著しい制限を受けるため困難な程度の方</p> <p>3級 精神障害であって日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの</p> <p>例) 一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難であったり、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることがある方</p> | | |
| 申請に必要な書類 | <p>障害者手帳申請書</p> <p>診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（診断書の作成日は、精神障害に係る初診日から6か月を経過していること、また、作成日から申請日まで3か月を経過していないこと。） 又は障害年金証書の写し及び同意書（精神障害を支給事由とする障害年金や特別障害給付金を受給されている方のみ）</p> <p>写真1枚（縦4cm×横3cm、脱帽して上半身を写したもの） 申請日から1年以内に撮影したもの。裏面に氏名と生年月日を必ず記入してください。</p> <p>現在お持ちの手帳（更新の場合）</p> <p>マイナンバー確認書類</p> | | |
| 申請先 | 本庁舎1階 障害者福祉課 | 042-620-7245 | FAX 042-623-2444 |
| | 八王子駅南口総合事務所 | 042-620-1159 | |
| | 南大沢事務所（火曜日及び木曜日のみ） | 042-679-2207 | |



心身障害者医療費助成制度（マル障）

| | | | |
|----------|--|--------------|------------------|
| 内容 | 精神障害者保健福祉手帳 1 級の方の入院・通院にかかった医療費が助成される制度です。 | | |
| 対象者 | 市内に住所を有し、次の要件全てに該当する方 ・精神障害者保健福祉手帳 1 級の所持者 ・健康保険等の被保険者本人及び被扶養者の方 | | |
| 有効期限 | 1 年（原則 9 月 1 日～翌年 8 月 31 日、又は精神障害者保健福祉手帳の有効期限まで） | | |
| 申請に必要な書類 | 精神障害者保健福祉手帳 健康保険証 非課税証明書又は課税証明書（本人が 20 歳未満の場合は世帯主又は健康保険による被保険者の証明書が必要です。（8 月までは前年度））（八王子市に住民票があり税申告をしている方は不要です。） マイナンバー確認書類 | | |
| 制限等 | 次のいずれかに該当する方は助成を受けられません。 ・生活保護を利用又は中国残留邦人等支援給付を受けている方 ・対象者（20 歳未満は被保険者又は世帯主）の前年所得が基準額 3,604,000 円（扶養親族が 1 人増えるごとに 380,000 円を加算）を超えている方 ・公費等により医療費が支給される施設に入所している方 ・65 歳以上で初めて手帳を取得した方 ・65 歳に達する日の前日までに初回の申請を行わなかった方（東京都内に住所がなかった、生活保護を利用していた、などのために 65 歳前に申請を行うことができなかった方を除きます） ・後期高齢医療の被保険者で、かつ住民税が課税されている方 ・健康保険未加入の方 | | |
| 申請先 | 本庁舎 1 階 障害者福祉課 | 042-620-7245 | FAX 042-623-2444 |
| | 八王子駅南口総合事務所 | 042-620-1159 | |
| | 南大沢事務所（火曜日及び木曜日のみ） | 042-679-2207 | |



自立支援医療費制度（精神通院）

| | |
|----------|--|
| 内容 | 精神疾患の治療のため病院(薬局・デイケア・訪問看護を含む)の通院にかかった医療費を補助する制度です。 |
| 自己負担 | 1割負担(所得・疾病等に応じて、0円~20,000円の月額自己負担上限額が決定されます) |
| 有効期限 | 1年(更新手続きは有効期限の3か月前からできます) |
| 申請に必要な書類 | <p><u>保険の種類等により必要書類が異なります。必ず、事前に電話確認のうえ、御来庁ください。</u></p> <p>自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書 自立支援医療診断書(精神通院) 東京都指定の診断書 健康保険証</p> <p>国民健康保険又は後期高齢者医療制度に御加入の方は、世帯の中で同じ保険に加入されている方全員分の保険証が必要です。 世帯の所得状況が確認できる書類 申請日より御用意いただく年度が変わりますので、必ずお問い合わせください。 (八王子市に住民票があり税申告をしていれば、同意書の提出で所得確認書類が不要な場合があります。)</p> <p>自立支援医療受給者証(更新の場合) マイナンバー確認書類</p> |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・診断書の作成日から申請日まで3か月を経過していないこと。 ・更新時における診断書の提出は、2年に1度になります。 ・有効期間を過ぎてからの再開申請には、診断書が必要となります。 |
| 申請先 | <p>本庁舎1階 障害者福祉課 042-620-7245 FAX 042-623-2444</p> <p>八王子駅南口総合事務所 042-620-1159</p> <p>南大沢事務所(火曜日及び木曜日のみ) 042-679-2207</p> |

小児精神障害者入院医療費助成制度

| | |
|-------------|--|
| 内容 | 都内在住で満18歳未満の方が精神疾患(「てんかん」「精神遅滞」のみでは不可)のために精神科病院又は精神科病床に入院するときに、入院費が助成されます。 制度の認定を受けて入院治療を継続する場合は、20歳の誕生月の末日までが助成の対象です。 |
| 自己負担 | ・入院時食事療養費の標準負担額 ・健康保険適用外の費用 |
| 助成期間 | 最長1年(1年を超えて継続入院される場合は、継続申請が必要です。) |
| 申請に必要な書類 | <p><u>保険の種類等により必要書類が異なります。必ず、事前に電話確認のうえ、ご来庁ください。</u></p> <p>医療費助成申請書 診断書(診断書の作成日から申請日まで3か月を経過していないこと) 住民票(申請日から3か月以内に発行されたもの。また、患者と申請者の続柄がわかるもの。ただし、継続申請の方で、前回認定時の住所と変更がなければ必要ありません。) 健康保険証 遅延理由書(入院を開始した月の翌月以降に申請する場合) 所定の書式は申請窓口で受取又は以下のホームページからダウンロードできます。 東京都福祉局 東京都立中部総合精神保健福祉センター https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/chusou/</p> |
| 申請先 問合せ先 | <p>本庁舎1階 障害者福祉課 042-620-7245 FAX 042-623-2444</p> <p>八王子駅南口総合事務所 042-620-1159</p> <p>南大沢事務所(火曜日及び木曜日のみ) 042-679-2207</p> |

特別障害者手当

| | |
|------|---|
| 内容 | 20歳以上で、精神又は身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別な介護を必要とする状態にある方に支給される手当です。 |
| 対象者 | 20歳以上で、次のいずれかの障害がある方 <ul style="list-style-type: none"> ・おおむね身体障害者手帳1・2級若しくは愛の手帳1・2度程度の重複を有する方 ・上記と同程度の疾病又は精神障害のある方 |
| 給付内容 | 月額 28,840円 払込月 2・5・8・11月の7日頃 |
| 制限等 | <ul style="list-style-type: none"> ・所得制限があります。 ・施設入所者及び3ヶ月を超えて病院に入院している方は除きます。 ・原子爆弾被害者に対する援護に関する法律に基づく介護手当受給者は、手当額の併給調整があります。 |
| 申請先 | 本庁舎1階 障害者福祉課 042-620-7245 FAX 042-623-2444 |

障害児福祉手当

| | |
|------|---|
| 内容 | 20歳未満で、精神又は身体に重度の障害があるため、日常生活において常時介護を必要とする状態にある方に支給される手当です。 |
| 対象者 | 20歳未満で、次のいずれかの障害がある方 <ul style="list-style-type: none"> ・おおむね身体障害者手帳1・2級の一部 ・愛の手帳1・2度の一部 ・上記と同程度の疾病又は精神障害のある方 |
| 給付内容 | 月額 15,690円 払込月 2・5・8・11月の7日頃 |
| 制限等 | <ul style="list-style-type: none"> ・所得制限があります。(扶養者) ・施設入所児は除きます。 ・障害を支給事由とする公的年金を受けている場合は除きます。 |
| 申請先 | 本庁舎1階 障害者福祉課 042-620-7245 FAX 042-623-2444 |

特別児童扶養手当

| | | |
|------|--|---|
| 内容 | 20歳未満で、法令により定められた程度の障害の状態にある児童を監護する父母又は養育者に支給される手当です。 | |
| 対象者 | 身体障害 | おおむね身体障害者手帳1～3級程度（下肢障害については4級の一部を含む）疾患により長期にわたる安静を必要とする程度の状態にあるものなど |
| | 知的障害 | おおむね愛の手帳1～3度程度 |
| | 精神障害 | 上記と同程度の障害（自閉スペクトラム症等により日常生活に著しい制限を受ける方等） |
| | 重複障害 | 複数の障害がある場合は、個々の障害の程度が上記より軽度な場合でも該当となることがあります。 |
| 給付内容 | 1級 月額 55,350円 2級 月額 36,860円 払込月 4・8・11月の11日頃 | |
| 制限等 | <ul style="list-style-type: none"> ・所得制限があります。 ・施設入所児は除きます。 ・障害を事由とする公的年金を受けている場合は除きます。 | |
| 申請先 | 本庁舎1階 障害者福祉課 042-620-7245 FAX 042-623-2444 | |

八王子市住居賃貸代行保証料補助金

| | | |
|------|--|--|
| 内容 | 八王子市では、市内在住の障害者が住居を賃貸するにあたり、保証人の代行制度を利用する際、その費用の一部を負担します。 グループホームを利用する場合には該当しません。 | |
| 対象者 | 18歳以上の障害者の一人暮らし世帯又は、世帯主が障害者の方で次のいずれにも該当する方 <ul style="list-style-type: none"> ・精神手帳又は精神障害を事由とする障害年金、特別障害者給付金等を受けている方 ・自立支援医療費制度（精神通院）を受給中の方等 ・民間等の住居賃貸代行保証制度を利用している方 ・世帯員全員が現に市内の民間賃貸住宅に居住し、八王子市の住民基本台帳に記載されている方 ・生活保護を利用していない方 ・当市が交付する他の住居賃貸代行保証料補助金の交付を受けていない方 ・暴力団でないこと。また、暴力団の利益となる利用でないこと | |
| 給付内容 | 民間等の住居賃貸代行保証制度を利用した場合に支払った額の2分の1に相当する額（上限1万円） 保証の期間が、1年以上のもの1回の支払い | |
| 申請先 | 地域活動支援センターあくせす（委託） 042-631-1022 （P2の地域活動支援センターあくせすと同じ） | |