

① 小児がん相談窓口について

1 小児がん相談支援センター

九州大学病院では、平成29年10月に小児がん相談窓口として、小児がん相談支援センターを開設しました。小児がん相談支援センターでは、小児がん相談員が窓口となり、子どもさんやご家族からの治療や療養生活に関する様々な悩みに、多職種と連携しながら対応しています。

2 小児がん相談員とは

小児がんの治療をしている子どもさんやご家族のために、国指定の研修を修了した小児がん相談員(CCS^{*}や看護師など)が療養や日常生活上の悩みや不安などについて、子どもさんやご家族の視点に立って情報提供や問題解決のお手伝いをします。

^{*} CCS・子ども療養支援士

ご 相 談 内 容

- 小児がん治療の一般的な情報
- 医療費・経済的負担について
- 療養生活に関して
- 付き添いのための宿泊施設やファミリーハウスなど
- 学校や保育園、自宅における生活、成長発達等に関すること
- セカンドオピニオン など

ご相談内容については秘密を厳守します。

また、小児がんに関する書籍やパンフレットなどもご用意しています。お気軽にお声かけください。

受付時間	平日9:00～15:00
場 所	小児医療センター(北棟6階) 小児がん相談支援センター(外来棟1階)
対 応 者	小児がん相談員(CCS・看護師)
相談方法	面談・電話相談
電話番号	092-642-5200(直通)
費 用	無料

3 相談支援機関

小児慢性特定疾病児童等療育相談支援事業

小児がんなどの小児慢性特定疾患で長期療養を必要としている子どもさんやご家族に対し、保健師などが日常生活上の悩みや不安、福祉サービスや健康管理などについての相談や助言を行います。

問い合わせ先 お住まいの地域を管轄する保健所(保健センター)

福岡県難病相談支援センター／福岡市難病相談支援センター

地域で生活する難病患者さんやご家族のための相談窓口として、平成27年4月に福岡県、9月に福岡市から委託を受け、「難病相談支援センター」内に子どもさんや、ご家族のための相談窓口を開設しました。悩みや不安をお伺いして、ニーズに応じた情報提供や関係機関との連絡調整などの支援を行います。

問い合わせ先 福岡県難病相談支援センター／福岡市難病相談支援センター
 電話番号：092-643-8292
 受付時間：平日9:00～16:00
 場所：九州大学病院 北棟2階
 メール：kodomo@fnanbyou-c.org
 ホームページ：http://www.fnanbyou-c.org

がんの子どもを守る会

小児がん患児家族の会です。小児がんの子どもさんとご家族が直面している困難や悩みを総合的にサポートするために、専門のソーシャルワーカーが小児がんに関わるあらゆる相談に応じています。小児がんに関する資料の提供や社会への啓発活動などを行います。

問い合わせ先

公益財団法人がんの子どもを守る会

電話番号：03-5825-6312(東京)

06-6263-2666(大阪)

受付時間：平日10:00～17:00

ホームページ：<http://www.ccaj-found.or.jp>

小児がんこどもでんわ相談室

20歳未満の子どもさんを対象とした電話相談室です。小児がんについての悩みや不安、疑問など、子どもさんからの相談をソーシャルワーカーが受け付けます。

電話番号：0120-307-164

受付時間：平日10:00～17:00

問い合わせ先

公益財団法人がんの子どもを守る会 ソーシャルワーカー

電話番号：03-5825-6312

受付時間：平日10:00～17:00

ホームページ：<http://www.ccaj-found.or.jp>

小児がん医療相談ホットライン

国立成育医療研究センター小児がんセンターの電話相談です。電話を受けるのは主に小児がんの治療・看護等の経験が豊富な看護師です。ご相談の内容によっては医師が対応することもあります。

問い合わせ先

小児がん医療相談ホットライン

電話番号：03-5494-8159(相談無料・通話料自己負担)

受付時間：平日10:00～16:00

② 医療費に関するもの

1 小児慢性特定疾病医療費助成

平成26年5月30日に「児童福祉法の一部を改正する法律」が改正し、平成27年1月1日から、小児慢性特定疾病にかかっている児童等の方に対する新たな医療費助成制度が始まりました。現在では788疾病が対象となっています。(令和3年11月1日現在)

特定の慢性疾患に罹患した子どもさんの医療費の一部を公費で負担することにより、子どもさんや保護者の皆さんの負担を軽減する制度です。保護者の所得に応じた医療費の自己負担が生じます。

◎対象者

国内に住所を有する18歳未満の児童で、厚生労働大臣が定めた慢性疾患に罹患し、認定基準を満たす者。

18歳以降も引き続き治療が必要と認められる場合には20歳になるまで対象となります。

◎助成内容

所得に応じた医療費の自己負担限度額があり、入院時の食事代の一部が助成されます。又、児童等の状態(重症認定や人工呼吸器等装着者の認定基準に該当する場合)などにおいて自己負担が異なります。

◎申請窓口

お住まいの地域を管轄する保健福祉(環境)事務所

◎申請方法

申請に必要な書類は必ずお住まいを管轄する保健福祉(環境)事務所に確認し、提出してください。

1. 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(保護者が記載)
2. 小児慢性特定疾病医療意見書(主治医が記載)
3. 住民票(患児本人の属する世帯全員が確認できる住民票)
4. 患児と同じ医療保険に加入している世帯員全員の医療保険証の写し
5. 患児と同じ医療保険に加入している方の市町村発行の所得課税証明書
6. 同意書(高額医療費の所得区分確認のため)(保護者が記載)
7. マイナンバー関係の書類

*申請書中「自己負担額上限額の特例」に該当される以下の方は、次の書類が必要です。

●重症患者認定

重症患者認定申請書(保護者が記入)、医療意見書別紙【重症診断書】(指定医が記入)

●人工呼吸器等装着

医療意見書別紙【人工呼吸器等装着証明書】(指定医が記入)

*疾病ごとに医療意見書の様式が異なります。小児慢性特定疾病情報センターからダウンロードできます。成長ホルモン治療の助成を受ける場合は、別に成長ホルモン治療用意見書も必要です。詳しくは主治医にお尋ねください。

*加入されている医療保険によって揃える書類が異なります。詳しくは保健福祉(環境)事務所にお尋ねください。

●お問合せ先・提出先(福岡県の場合)

各種申請書類は、下記の保健福祉(環境)事務所にも準備しております。なお、北九州市、福岡市、久留米市については、居住地を管轄する保健所にお問合せください。

詳細は、小児慢性特定疾病情報センターホームページ

<https://www.shouman.jp/> をご参照ください。

*疾患の状態が本事業の対象となる可能性に関しては、主治医にご相談ください。

●福岡県の保健福祉(環境)事務所一覧

名称	電話番号	所在地	管轄地域
筑紫保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	092-513-5583	大野城市白木原 3-5-25	筑紫野市・春日市・大野城市 太宰府市・那珂川市
粕屋保健福祉事務所 健康増進課健康増進係	092-939-1534	糟屋郡粕屋町 戸原東1-7-26	古賀市・糟屋郡
糸島保健福祉事務所 健康増進課健康増進係	092-322-1439	糸島市浦志2-3-1	糸島市
宗像・遠賀保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	0940-36-2366	宗像市東郷1-2-1	宗像市・福津市・中間市 遠賀郡
嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	0948-21-4815	飯塚市新立岩8-1	飯塚市・嘉麻市・嘉穂郡 直方市・宮若市・鞍手郡
田川保健福祉事務所 健康増進課健康増進係	0947-42-9345	田川市大字伊田 松原通り3292-2	田川市・田川郡
北筑後保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	0946-22-3964	朝倉市甘木2014-1	小郡市・うきは市・朝倉市 朝倉郡・三井郡
南筑後保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	0944-69-5405	柳川市三橋町 今古賀8-1	柳川市・八女市・筑後市・大川市 みやま市・三潴郡・八女郡・大牟田市
京築保健福祉環境事務所 健康増進課健康増進係	0930-23-2690	行橋市中央1-2-1	行橋市・豊前市・京都郡・築上郡

◎自己負担上限月額表

階層区分	年収の目安 (夫婦2人子1人世帯)		自己負担限度額 (患者割合:2割、外来+入院)		
			一般	重症 ※3	人工呼吸器等装着者
I	生活保護		0		
II	市町村民税額 (所得割)非課税	低所得 I (~約80万円) ※1	1,250		500
III		低所得 II (~約200万円) ※1	2,500		
IV	一般所得 I (~約430万円) ※2 市区町村民税額(所得割)7.1万円未満		5,000	2,500	
V	一般所得 II (~約850万円) ※2 市区町村民税額(所得割)7.1万円以上		10,000	5,000	
VI	上位所得(約850万円~) ※2 市区町村民税額(所得割)25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食費			1/2自己負担		

- ※1 支給認定保護者の年収(年金収入、障害者年金額等を含む。)
 - ※2 市町村民税額課税額(所得割)については、国保、国保組合の場合は世帯の課税額の合計、社保は被保険者の課税額
 - ※3 ①高額治療継続者(医療費総額が5万円/月(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある場合。)
②重症患者認定基準に適合する場合のいずれかに該当。
- 血友病患者の方の自己負担限度額はありません。

2 乳幼児(子ども)医療費助成

乳幼児や児童などの入院・通院にかかる医療費の自己負担分について、自治体が助成する制度です。

●対象者・助成内容

対象年齢や助成内容はお住まいの市区町村により異なります。小児慢性特定疾病医療費助成、難病医療費助成、育成医療の自己負担金が、この制度の一部負担金限度よりも高額の場合は払戻の対象となる可能性がありますので、お住まいの市区町村役所担当窓口でご確認ください。

●申請窓口

お住まいの市区町村担当窓口

3 ひとり親家庭助成等医療費助成

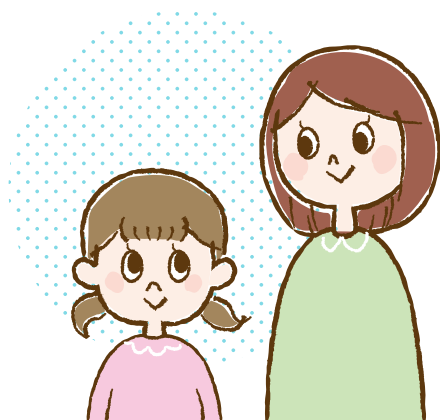
母子家庭、父子家庭などの一人親家庭の方が、健康保健証を利用して医療機関を受診された場合は窓口で支払う医療費の自己負担額について自治体が助成する制度です。

●対象者・助成内容

対象者や助成内容はお住まいの市区町村により異なります。小児慢性特定疾病医療費助成、難病医療費助成、育成医療の自己負担金が、この制度の一部負担金限度よりも高額の場合は払戻の対象となる可能性がありますので、お住まいの市区町村役所担当窓口でご確認ください。

●申請窓口

お住まいの市区町村担当窓口



4 難病医療費助成

難病医療費助成制度とは、原因不明で治療方法が確立されてない、いわゆる難病の患者さんの医療費の自己負担を助成する制度です。

●対象者

国が定める338疾患の指定難病に罹患しており、重症度の基準を満たすもの(令和3年11月1日現在)

●助成内容

対象疾病に関する医療費の自己負担は原則2割負担となりますが、所得に応じて自己負担限度額が定められます。(月額: 0~3万)

入院時食事代は助成されません。

※軽症高額該当について

症状の程度が疾病ごとの重症度分類等に該当しない軽症者でも、高額な医療を継続することが必要な人は、医療費助成の対象となります。

「高額な医療を継続することが必要」とは、医療費総額が33,330円を超える月が支給認定申請月以前の12月以内(※)に3回以上ある場合をいいます。例えば、医療保険3割負担の場合、医療費の自己負担がおおよそ1万円となる月が年3回以上ある場合が該当します。

※(1)申請月から起算して12月前の月、または(2)指定難病を発症したと難病指定医が認めた月を比較して、いずれか後の月から申請日までの期間が対象です。なお、「33,330円」には入院時食事(生活)療養の標準負担額は含みません。

※人工呼吸器装着者の負担上限月額は1,000円です。

人工呼吸器その他の生命の維持に必要な装置を装着していることにより特別の配慮を必要とする患者については、負担上限月額は所得階層にかかわらず月額1,000円です。

対象となる要件は、支給認定を受けた指定難病により、(1)継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ(2)日常生活動作が著しく制限されていることで、次のような具体例が想定されています(要件に適合するかは個別に判断されます)。

- 1.気管切開口または鼻マスク若しくは顔マスクを介して、人工呼吸器を装着している神経難病等の患者
- 2.体外式補助人工心臓を装着している末期心不全等の患者等

※高額かつ長期

一般所得 I 以上の市町村民税を課税されている方で、申請日の属する月以前の直近12ヵ月以内に指定難病に関する医療費総額(支払額ではなく10割分の医療費)が50,000円を超える月が6回以上ある方(別途、申請が必要になります)。

●申請窓口

お住いの地域を管轄する保健福祉(環境)事務所

●申請方法

申請に必要な書類は必ずお住まいを管轄する保健福祉(環境)事務所に確認し提出してください。

1. 特定医療費支給認定申請書(保護者が記載)
2. 臨床調査個人票(主治医が記載)
3. 住民票(患児本人の属する世帯全員が確認できる住民票)
4. 患児と同じ医療保険に加入している世帯員全員の医療保険証の写し
5. 患児と同じ医療保険に加入している方の市町村発行の所得課税証明書
6. 同意書(高額医療費の所得区分確認のため)(保護者が記載)
7. マイナンバー関係の書類

●お問合せ先・提出先(福岡県の場合)

※申請～交付までに数ヵ月かかり、その間の医療費は自己負担となる可能性があります。その間に支払った医療費は払い戻しの対象となりますので、領収書(原本)を大切に保管しておきましょう。

※詳しくは、難病情報センターホームページ

<http://www.nanbyou.or.jp/> をご参照ください。

●北九州市(保健福祉課高齢者・福祉係)

門司区保健福祉課	093-331-1881
若松区保健福祉課	093-761-5321
戸畑区保健福祉課	093-881-9126
小倉北区保健福祉課	093-582-3430
小倉南区保健福祉課	093-951-4111
八幡東区保健福祉課	093-671-0801
八幡西区保健福祉課	093-642-1441

●福岡市(健康課健康づくり係)

東区保健福祉センター健康課	092-645-1078
博多区保健福祉センター健康課	092-419-1091
中央区保健福祉センター健康課	092-761-7340
南区保健福祉センター健康課	092-559-5116
西区保健福祉センター健康課	092-895-7073
城南区保健福祉センター健康課	092-831-4261
早良区保健福祉センター健康課	092-851-6012

●久留米市

久留米市保健所	0942-30-9729
---------	--------------

◎その他の地域の方は、お近くの各保健福祉(環境)事務所

保健福祉(環境)事務所		受給者の方のお住まいの地域
筑紫	092-513-5583	春日市・大野城市・筑紫野市・太宰府市・那珂川市
粕屋	092-939-1534	古賀市・糟屋郡
宗像・遠賀	0940-36-2366	宗像市・福津市・中間市・遠賀郡
糸島	092-322-1439	糸島市
嘉穂・鞍手	0948-21-4815 0948-23-5820	飯塚市・嘉麻市・嘉穂郡 直方市・宮若市・鞍手郡
田川	0947-42-9345	田川市・田川郡
北筑後	0946-22-3964	朝倉市・小郡市・うきは市・朝倉郡・三井郡
南筑後	0944-69-5405	柳川市・八女市・筑後市・大川市・みやま市・三潁郡・八女郡・大牟田市
京築	0930-23-2690	行橋市・豊前市・京都郡・築上郡

◎月額自己負担上限額

単位:円

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合:2割(保険制度で1割負担の者は1割))		
			一般	高額かつ 長期※	人工呼吸器 等装着者
生活保護 (A)	—		0	0	0
低所得Ⅰ (B1)	市町村民税 非課税 (世帯)	本人年収 ~80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ (B2)		本人年収 80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ (C1)	市町村民税(均等割)課税、 (所得割額)7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ (C2)	市町村民税(所得割額)、 7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得 (D)	市町村民税(所得割額)、 25.1万円以上		30,000	20,000	
入院時の食事療養費			全額自己負担		

5 自立支援医療(育成医療)

障害のある又は可能性のある児童が、手術などにより生活能力を回復するための医療を受ける際に、医療費の自己負担分を助成する制度です。

●対象者

身体に次のような障害があるか、またそのまま放置すると将来障害を残すと認められる18歳未満の方で、治療によって確実な効果が認められる方。
(ただし「世帯」の所得状況により対象にならないことがあります。)

●対象となる障害

1. 視覚障害(斜視、瞳孔閉鎖症、白内障、先天性緑内障)
2. 聴覚・平衡機能障害(外耳道閉鎖症、先天性耳奇形、高度難聴等)
3. 音声・言語・そしゃく機能障害(口蓋裂等)
4. 肢体不自由(ペルテス病・内反足・先天性股関節脱臼・くる病(骨軟化症)等)
5. 心臓機能障害(心室中隔欠損症等)
6. 腎臓機能障害(慢性腎不全・腎移植等)
7. 呼吸器機能障害(気道狭窄・漏斗胸等)
8. ぼうこう・直腸機能障害(膀胱外反症・鎖肛等)
9. 小腸機能障害
10. 肝臓機能障害(肝臓移植等)
11. 先天性の内臓機能障害(食道閉鎖症等、5～10に掲げるものを除く)
12. 免疫機能障害(HIV感染に関する治療)

●給付の対象となる医療

障害に対し確実な治療効果が期待できるものが対象となります。内臓の機能障害によるものについては、手術により将来生活能力を得る見込みがあるものに限り、内科的治療のみでは対象になりません。

(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療法、心臓機能障害に対する心移植後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植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。)

●支給内容

1. 診察
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・施術
4. 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
5. 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
6. 移送(医療保険により給付を受けることが出来ない方の移送に限る。)

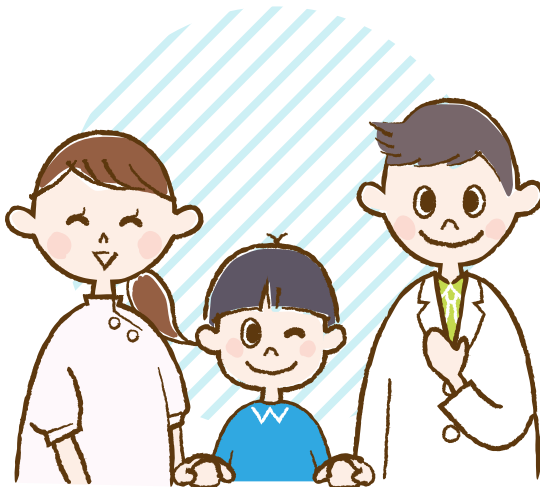
●助成の期間

原則として3ヵ月以内。医療の内容によって最長1年まで認められるものもあります。

医療費の自己負担分は原則1割負担となりますが、所得に応じて自己負担限度額があります。所得制限があり、市区町村民税の所得割額23.5万円以上(年収で約800万以上)の方は対象外です。入院時の食事については原則自己負担となります。(生活保護世帯は除く)

●申請方法

原則として事前申請が必要です(入院前)。主治医に育成医療対象となるかを確認し、必要な書類をお住いの市区町村担当窓口から準備し、入院する医療機関の文書窓口等に意見書(診断書)を申し込みます。その後、その意見書と必要書類を市区町村担当窓口に提出してください。



6 重度心身障害者医療費助成

重度心身障害者(児)に対して医療費の一部を助成し、障害者の保護の向上と福祉の増進を図ることを目的とした制度です。

*お住まいの市区町村にご相談ください。

◎対象者(福岡市の場合)

市内にお住まいで、健康保険に加入しており、次のいずれかに該当する人。

1. 身体障害者手帳1級または2級
2. 療育手帳重度(A)判定
3. 精神障害者保健福祉手帳1級

※次に該当する人は助成を受けることができません。

1. 生活保護を受けている人
2. 3歳未満の乳幼児で、子ども医療の助成を受けることができる人
3. 65歳以上75歳未満で後期高齢者医療制度に加入していない人
4. 障害者本人の前年(1月から9月までの申請の際は前々年)の所得(※)が下表の一定額(特別障害者手当の所得制限に準拠)を超える人
5. 配偶者の前年(1月から9月までの申請の際は前々年)の所得(※)が下表の一定額(特別障害者手当の所得制限に準拠)以上の人

※一定の控除を差し引いた額

◎重度障害者医療費助成所得制限額表

扶養親族の数	本人	配偶者
0人	360万4千円	628万7千円
1人	398万4千円	653万6千円
2人	436万4千円	674万9千円
3人	474万4千円	696万2千円
以降1人につき	38万円加算	21万3千円加算

◎助成対象範囲

健康保険の診療対象となる医療費の自己負担相当額を全額助成します。

ただし、精神障害者(中学校3年生までを除く)の方は、精神病床への入院にかかる医療費は助成の対象となりません。

※更生医療や精神通院医療などの公費負担が適用される人は、その制度を優先したうえで、なお残る自己負担相当額を助成します。

※入院中の食事代や、個室代、健康診断などの健康保険がきかない費用は、助成の対象となりません。

●福岡県内の病院・薬局等にかかられた場合

「健康保険証」と「障害者医療証」を病院・薬局等の窓口で提示してください。

●その他の場合

福岡県外の病院・薬局等にかかられた場合、治療用装具を作られた場合などは、「障害者医療証」は使用できませんので、いったん窓口で自己負担していただき、後日、払い戻しの方法で助成します。

●申請に必要なもの

- 健康保険証(対象者の名前の記載があるもの)
- 身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳
(療育手帳を持っていない人は公的機関の判定書)
- 所得証明書(市外から転入した人は前住所地の市町村発行の所得証明書)
またはマイナンバー確認書類

●届出が必要な場合

- 市外への転出または住所の変更があったとき
- 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳の等級が変わったとき
- 療育手帳の判定が変わったとき
- 加入している健康保険に変更があったとき、または資格がなくなったとき
- 氏名が変わったとき
- 配偶者に変更があったとき
- 所得に変更があったとき
- 生活保護を受けることとなったとき
- 交通事故など第三者行為により病院・薬局等にかかり、医療証を使用したとき
- その他、助成対象の条件を満たさなくなったとき

●重度障害者医療費助成所得制限額表

扶養親族の数	本人	配偶者
0人	360万4千円	628万7千円
1人	398万4千円	653万6千円
2人	436万4千円	674万9千円
3人	474万4千円	696万2千円
以降1人につき	38万円加算	21万3千円加算

一般用(65歳未満)

障		福岡市障害者医療費 医療証			
有効期限	平成	年	月	日	から
発給番号	平成	年	月	日	まで
発給番号	8	0	4	0	5
発給番号					
住所					
氏名					
生年月日					
一級者	入院外 療養しない				
二級者	入院 療養しない				
発行機関	福岡市				印
及び印	福岡市 医療				
発行年月日					

7 高額療養費制度

1ヵ月(1日から末日まで)に医療機関の窓口で支払った医療費が、自己負担限度額を超えた場合は、超えた額が申請により払い戻される制度です。同月に入院や外来など複数受診がある場合は、高額療養費の対象になることがあります。

◎高額療養費の算定対象となる療養費

1人の被保険者が医療機関ごと(※)に同じ診療月内(1日～末日まで)に支払った自己負担額が21,000円以上のものが合算の対象です。

※入院、通院、歯科ごとに計算します。(ただし、入院中に歯科以外の診療科で治療を受けたときは合算)

※調剤薬局分は処方元診療機関分と合算します。

※入院時の食事代、差額ベッド料、歯科の自由診療など、保険診療の対象とならないものは対象外です。

◎自己負担限度額

自己負担額は年齢や所得によって次のように算出されます。

70歳未満の場合

●平成27年1月診療分から

所得区分	総所得金額等	証区分	直近の過去12ヵ月の高額該当3回目まで	4回目以降 (多数該当)
上位所得者	901万円超	ア	$252,600円 + (\text{医療費} - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
	600万円超 901万円以下	イ	$167,400円 + (\text{医療費} - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
一般	210万円超 600万円以下	ウ	$80,100円 + (\text{医療費} - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
	210万円以下	エ	57,600円	44,400円
市民税 非課税世帯		オ	35,400円	24,600円

●限度額適用認定証とは

同じ月内(1日から末日まで)に高額な医療費を支払った場合、一定の自己負担額を超えた分が、後日支給されます。

ただし、事前に申請して発行される認定証を医療機関に提示した場合は、窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

●手続き方法(70歳未満)

- ①治療をすることが決まったら保険証に記載されている保険者に「限度額認定証」を申請し、交付を受けます。
- ②病院の窓口で保険証を提示する際に、「限度額認定証」も提示します。

●申請先

国民健康保険をお持ちの方……お住いの市区町村役所内の国民健康保険課
(必要書類:保険証、本人確認書類、申請書)

社会保険をお持ちの方……協会けんぽ、共済組合などの被用者保険に加入されている方は、ご加入の保険者
(必要書類:申請書)

●払い戻し手続き方法

会計窓口で医療費の自己負担分を、全額一旦支払った場合には、ご加入の公的医療保険に、高額療養費の支給申請書を提出してください。

●必要書類

国民健康保険をお持ちの方……保険証、印鑑、領収書、国保の世帯主の通帳
医療証(お持ちの方)、身元確認書類

社会保険をお持ちの方……申請書

*医療機関にかかった翌月以降に申請してください

*申請から払い戻しまで約3か月程度かかります

*病院窓口では申請できません



8 税金の医療費控除

その年の1月1日から12月31日までの間に自己又は自己と生計を一にする配偶者やその他の親族のために医療費を支払った場合において、その支払った医療費が一定額を超えるときは、その医療費の額を基に計算される金額の所得控除を受けることができます。これを医療費控除といいます。

●医療費控除の対象となる医療費の要件

- (1)納税者が、自己又は自己と生計を一にする配偶者やその他の親族のために支払った医療費であること。
- (2)その年の1月1日から12月31日までの間に支払った医療費であること（未払いの医療費は、現実に支払った年の医療費控除の対象となります。）。

*医療費控除は、最高限度額が200万と定められています。

●医療費控除の対象となるもの

- 医師、歯科医師による診療・治療代
- 治療や療養のための医薬品の購入費
- バスや電車を利用した場合の通院費
- 入院時の食事代、治療に必要な差額ベッド代
- 骨髓移植推進財団に支払う骨髓移植のあっせんに係る患者負担金
- 傷病により概ね6ヵ月以上寝たきりで医師の治療を受けている場合に、おむつを使う必要があると認められるときのオムツ代(主治医記載の「おむつ使用証明書」が必要です)

●お住まいの地域を管轄する税務署へ申請

確定申告書を提出する際に、医療費の支出を証明する書類(領収証やレシートなど)、給与所得のある方は源泉徴収票(原本)を添付します。

*詳細は国税庁のホームページをご覧ください。 <http://www.nta.go.jp>

9 移植に係る搬送

移植において、骨髓、末梢血、臍帯血等の運搬に要した費用は健康保険の治療費払いの対象になります。一旦お支払いいただいた後に、加入している保険者に移送費又は療養費として申請すると後日払い戻しを受けることができます。

●申請窓口

加入している保険者(協会けんぽ等)に手続き方法をお問い合わせください。

福岡県では、将来、子どもを持つことを望む小児・AYA世代^{*}のがん等の患者さんが、希望を持って治療に取り組むことができるよう支援するため、治療に際して行う、妊孕性(にんようせい)温存治療に要する費用を一部助成する事業を行っています。

*** AYA世代…「Adolescent and Young Adult 世代」の略。15～39歳の思春期・若年成人の世代を指します。**

●対象になる方

- ・福岡県内に住所を有する方
- ・次のいずれかに該当する方
 - ① ガイドラインに基づき、がんの治療により妊孕性が低下する又は失う恐れがあると医師に診断された方
 - ② 長期間の治療によって卵巣予備機能の低下が想定されるがん疾患の方
 - ③ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患の方
 - ④ アルキル化剤が投与される非がん疾患の方
- ・妊孕性温存治療による凍結保存時における年齢が43歳未満の方
- ・指定医療機関において妊孕性温存治療を受けた方
- ・申請を行う妊孕性温存治療について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていない方

●申請に必要な書類

- ・福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書
- ・福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書
- ・世帯の住民票(原本)
- ・振込口座の写し

●助成対象となる費用

●治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりです。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚(受精卵)凍結に係る治療	35万円
未受精卵子凍結に係る治療	20万円
卵巣組織凍結に係る治療	40万円
精子凍結に係る治療	2万5千円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

・助成回数は、対象者一人に対して通算2回まで

●福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に関する指定医療機関一覧表

令和5年1月時点

指定医療機関名	所在地	連絡先	指定年月日	1.妊孕性温存治療				2.温存後生殖補助医療				
				凍結 (1)胚(受精卵)の凍結	採取凍結 (2)未受精卵の凍結	凍結 (3)卵巣組織の採取	凍結 (4)精子の採取凍結	採取凍結 (5)卵子の採取凍結	生精補助医療 (6)生精剤を用いた	1 (1)で凍結した胚	1 (2)で凍結した未受精卵を用いた	1 (3)で凍結した卵巣組織再移植後の生精補助医療
医療法人 蔵本ウイメンズクリニック	福岡市博多区 博多駅東1-1-19	092-482-5558	2021年 4月1日	○	○	—	○	○	○	○	○	○
医療法人社団 高邦会 高木病院	福岡県大川市 透見141-11	0944-87-0001	2021年 4月1日	○	○	○	○	○	○	○	○	○
医療法人 中央レディスクリニック	福岡市中央区 天神2-4-38 NTT-KFビル6F	092-736-3355	2021年 4月1日	○	—	—	—	—	○	—	—	—
医療法人 アイブイエフ 詠田クリニック	福岡県福岡市中央区 天神1-12-1 日之出福岡ビル6階	092-735-6655	2021年 4月1日	○	○	—	—	—	○	○	—	○
医療法人社団 高邦会 福岡山王病院	福岡市早良区 百道浜3丁目 6番45号	092-832-1100	2021年 4月1日	○	○	—	○	—	○	○	—	○
国立大学法人 九州大学病院	福岡市東区 馬出3-1-1	092-642-5154	2021年 4月1日	○	○	—	—	—	○	○	—	—
国家公務員 共済組合連合会 浜の町病院	福岡市中央区 長浜3-3-1	092-721-0831	2021年 12月28日	○	○	—	—	—	○	○	—	—
医療法人 鶴生会 MRしょうクリニック	福岡県福岡市中央区 天神3-10-11 天神五十君ビル6F	092-739-8688	2022年 8月25日	—	—	—	○	○	—	—	—	—

医療費に関するもの

問い合わせ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 がん対策係

電話番号：092-643-3317

ホームページ：

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/gan-ninyousei.html>



QRコード

11 造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助

小児がん等の治療のため造血細胞移植(骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植)を行った場合、定期の予防接種で獲得した免疫が低下もしくは消失し、感染症にかかりやすくなります。ワクチンを再接種する場合、再接種費用の助成を受けることができる場合があります。

助成を受ける場合は、ワクチン再接種を行う前に市町村へ申請手続きをおこなっていただく必要があります。

●対象者

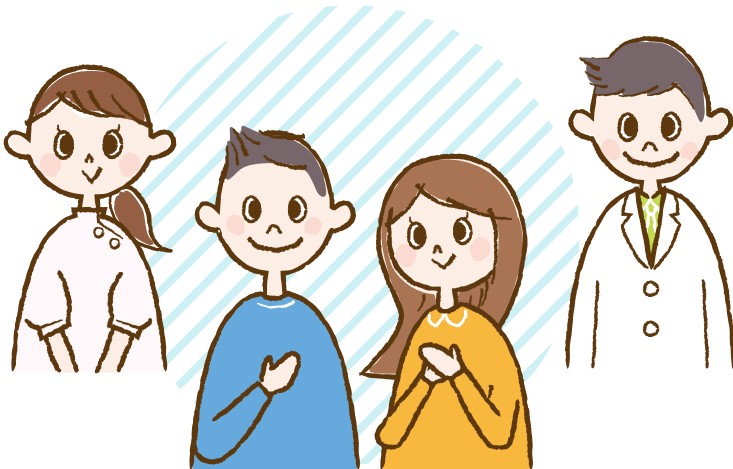
- (1)造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が失われたため、再接種が必要と主治医が認める方
- (2)再接種を受ける日において20歳未満の方

●申請窓口

お住まいの市町村予防接種担当課

※必ず接種を受ける前に相談してください

自治体によっては助成がない場合、内容が異なる場合があります。



12 福岡県アピランスケア推進事業

福岡県では、がん患者やがん経験者のがん治療に伴う心理的負担を軽減するとともに社会参加を促進し、療養生活の質の向上を目的に、医療用ウィッグや補整具等の購入費を助成する市町村を支援する事業を行っています。

※アピランスケア…治療に伴う外見の変化(脱毛、爪の割れ、手術痕や身体の部分的な欠損など)に対し“その人らしくいられる”ように外見とともに周りの環境や患者本人の気持ちを整えるサポートです。

●実施主体

・市町村

●対象者

・がん患者及びがん経験者

※対象者が属する世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円以上になる場合は対象外となります。

●助成の対象となる用具

・医療用ウィッグ等及び補整具等

- ① 医療用ウィッグ等⇒ 医療用ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
- ② 補整具等⇒ 補整パッド、補整下着、専用入浴着、弾性着衣(弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ)、エピテーゼ

●助成額

・購入費の1/2

※助成上限額:① 医療用ウィッグ等20,000円/② 補整具等10,000円

※①、②それぞれ1回を限度に助成

●申請方法

・ホームページ内の実施市町村リンクから確認ください。

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/apiarannsukea.html>

※事業の内容は市町村によって異なる場合がありますので、事前に市町村にお尋ねください。

問い合わせ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 がん対策係
電話番号：092-643-3317



QRコード