

## 社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度

### 【問合せ・申込み】

介護保険課 介護保険係

☎773-6675

低所得で生活が困難な人に対し、社会福祉法人などによる介護保険サービスの利用者負担を軽減する制度です。

軽減を希望する人は、介護保険課にご相談ください。

**対象者** 市民税非課税世帯で、世帯の年間収入、預貯金、扶養などの要件を満たし、生計が困難と認められる人

### 軽減割合

- ・ 介護保険サービスの利用者負担額、食費、居住費・滞在費の25%（老齢福祉年金受給者は50%）
- ・ 生活保護の受給者は居住費・滞在費100%

### 対象サービス

- ・ 訪問介護（ホームヘルプ）
  - ・ 通所介護（デイサービス）
  - ・ 短期入所（ショートステイ）
  - ・ 特別養護老人ホーム入所
- ※総合事業（従前相当の訪問介護・通所介護）・介護予防サービスも含む

### 対象の社会福祉法人など

- ・ 南魚沼市社会福祉協議会（訪問介

### 護事業所）

- ・ 南魚沼福祉会（みなみ園、まいこ園、ゆのさと園、つむぎホームヘルプセンターなど）
- ・ 石打福祉会（百花園）
- ・ 若葉会（デイサービスゆきつばき、デイサービスつばき園）
- ・ 魚沼地域特別養護老人ホーム組合（八色園）
- ・ 苗場福祉会（こころの杜、健康倶楽部つどいなど）
- ・ 泉の会（老人デイサービスセンター遊楽園）
- ・ 曙会（坂戸楽生園）
- ・ 八海福祉会（雪椿の里）
- ・ 桐鈴会（グループホーム桐の花デイサービス、鈴懸おはようヘルプ）

## 障がい者のための医療費助成制度

### 【問合せ・申込み】

福祉課 障がい福祉係

☎773-6667

FAX773-6723

### 自立支援医療費（更生医療）

身体障がい者の自立と、社会経済活動への参加促進を図るため、障がいの除去または軽減に必要な医療費の一部を公費で負担します。

### 対象者

身体障害者手帳の交付を受けてい

る18歳以上の人  
**申請に必要なもの**

医師の意見書（指定様式）、身体障害者手帳、保険証、印鑑、申請書など

### 自立支援医療費（育成医療）

身体障がい児などの日常生活能力の回復向上を図るため、手術などの治療によって確実に効果が期待できるものに対して、障がいの除去または軽減に必要な医療費の一部を公費で負担します。

### 対象者

身体に障がいがあるか、または現存する疾患を放置すると将来障がいを残すと認められる18歳未満の児童

### 申請に必要なもの

医師の意見書（指定様式）、保険証、印鑑、申請書など

### 自立支援医療費（精神通院医療）

精神障がいのため、医療機関に通院している人に、医療費の一部を公費で負担します。

### 対象者

通院による治療が継続的に必要であると認められた人

### 申請に必要なもの

医師の診断書（指定様式）、保険証、印鑑、申請書など

## 重度心身障害者医療費助成制度（県障）

医療機関で支払う自己負担分の一部を助成します。

### 対象者

身体障害者手帳1級～3級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている人（所得制限があります。）

### 申請に必要なもの

手帳、印鑑、保険証など

### 精神障がい者への入院医療費助成

精神疾患により入院して医療費を支払った人に、医療費の一部を助成します。

### 対象者

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人、精神疾患を支給事由とする障害年金を受給している人  
※次のいずれかに該当する人は、対象外

- ・ 生活保護世帯の人
  - ・ 一定の所得額を超える世帯の人
  - ・ 県障の受給者のうち、標準負担額減額認定証の交付を受けている人
- 申請に必要なもの**  
保険証、印鑑、精神障害者保健福祉手帳、年金証書