

医療費の助成を受けたいとき

20 子ども医療費助成

制 度 内 容	子どもが医療機関で治療を受けた場合、健康保険の適用となる医療費の自己負担分及び入院時食事療養費を助成します。
対 象 者	福島市内に住所があり、医療保険各法による被保険者又は被扶養者で、0歳～18歳（18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）の子ども。※生活保護法の適用者を除く。
必要なもの	☐ 受給資格者（保護者）名義の預金通帳 ☐ 受給資格者（保護者）・被保険者・子どものマイナンバーが確認できるもの
お問い合わせ先	共生社会推進課 医療助成係（本庁舎2階） ☎525-3747

21 ひとり親家庭医療費助成

制 度 内 容	受給資格者が医療機関で治療を受けた場合、健康保険の適用となる医療費の自己負担分及び入院時食事療養費を助成します。 ※自己負担：受診月ごとに一つの世帯を合計して1,000円
対 象 者	原則として福島市内に住所があり、医療保険各法による被保険者又は被扶養者で、以下のいずれかに該当する方。 ・母子家庭の母と児童、又は父子家庭の父と児童 ・父又は母が重度の障がいにある母と児童、又は父と児童 ・父母ともにいない児童 ※該当期間は児童が18歳に達する日以後の最初の3月31日まで ※父母のない児童の養育者は助成の対象外。 ※生活保護法の適用者及び子ども医療・重度心身障がい者医療の受給者を除く。
必要なもの	☐ 受給資格者（親）名義の預金通帳 ☐ 受給資格者・対象児童のマイナンバーが確認できるもの ☐ その他必要に応じて上記以外の書類を提出していただくことがあります。
お問い合わせ先	共生社会推進課 医療助成係（本庁舎2階） ☎525-3747

22 重度心身障がい者医療費助成

制 度 内 容	受給資格者が医療機関で治療を受けた場合、健康保険の適用となる医療費の自己負担分を助成します。 ※精神保健福祉手帳により資格登録した方は、精神疾患の入院は該当しません。 ※入院時食事療養費は助成対象外。
対 象 者	原則として福島市内に住所があり（住所地特例有り）、医療保険各法による被保険者・組合員又は被扶養者で、以下のいずれかに該当する方。 ・1級又は2級の身体障害者手帳所持者 ・3級の内部障害の身体障害者手帳所持者（心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓もしくは免疫の機能障害に限る） ・療育手帳Aの所持者 ・療育手帳Bの所持者であり、かつ身体障害者手帳の所持者 ・1級の精神障害者保健福祉手帳所持者 ・2級・3級の精神障害者保健福祉手帳所持者であり、かつ身体障害者手帳又は療育手帳の所持者 ※生活保護法の適用者及び子ども医療の受給者を除く。
必要なもの	☐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 ☐印鑑 ☐受給資格者名義の預金通帳 ☐受給資格者・被保険者のマイナンバーが確認できるもの
お問い合わせ先	共生社会推進課 医療助成係（本庁舎2階） ☎525-3747