

4 医療費の助成・給付

4 - 1 心身障害者医療費助成制度（マル障）

《 制度の内容 》

健康保険の医療費の自己負担分を助成します。（住民税課税の方は、1割の自己負担があります。住民税非課税の方は、自己負担はありません。）

《 対象 》 次のいずれかに該当する方

- ①身体障害者手帳 1、2級（内部機能障害は3級まで）の方
- ②愛の手帳 1、2度の方
- ③精神障害者保健福祉手帳 1級の方

※ただし、次のいずれかに該当する方を除きます。

- ・健康保険に未加入の方
- ・生活保護を受けている方
- ・医療費の自己負担のない施設に入所している方
- ・所得制限基準額を超える方（P. 30の所得制限基準額表をご覧ください）
- ・対象となる障害に該当した時の年齢が、65歳以上である方
- ・65歳未満で対象となる障害に該当していたが、65歳に達する日の前日までに申請を行わなかった方（ただし、一部該当する場合がありますので、別途ご相談下さい。）
- ・後期高齢者医療制度加入者で、住民税が課税の方

《 申請 》

次の①～③を持って、障害者福祉課窓口で事前にご申請ください。

- ①身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳 ②資格確認書等
- ③マイナンバー（個人番号）のわかる書類

◆問合せ先 障害者福祉課 相談係

TEL (5 2 7 3) 4 5 1 8 FAX (3 2 0 9) 3 4 4 1

4 - 2 自立支援医療（更生医療）

《 制度の内容 》

身体障害者の障害の程度を軽くしたり、障害を取り除いて日常生活や職業能力を高めるために医療が必要な場合に、医療保険と本制度を併用することにより、医療費の自己負担が原則1割になります。一部の方を除き、世帯（医療保険の加入単位）の所得等に応じた自己負担の上限額があります。

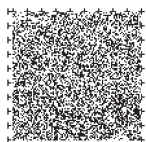
なお、手帳に記載されている障害で特定の医療に限定されます。更生医療を利用される場合は事前申請となりますので、お早めにお問合せください。

《 対象 》

18歳以上の身体障害者手帳をお持ちの方で、東京都心身障害者福祉センターの判定により医療の給付が必要と認められた方（じん臓、小腸、免疫機能障害に関する医療については、指定医の記入した支給要否意見書によります）。

◆問合せ先 障害者福祉課 相談係

TEL (5 2 7 3) 4 5 1 8 FAX (3 2 0 9) 3 4 4 1



4 - 3 自立支援医療（育成医療）

《 制度の内容 》

身体に障害のある児童が、生活能力を得るために医療が必要な場合に、医療保険と本制度を併用することにより、医療費の自己負担が原則1割になります。世帯（医療保険の加入単位）の所得等に応じた自己負担の上限額があります。

《 対象 》

18歳未満で次の①～⑩の疾病にかかっており、手術等によって確実な治療の効果が期待できる児童。

- ①肢体不自由 ②視覚障害 ③聴覚・平衡機能障害
- ④音声・言語・そしゃく機能障害 ⑤心臓機能障害
- ⑥腎臓機能障害（人工透析・腎移植） ⑦小腸機能障害 ⑧肝臓機能障害
- ⑨ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 ⑩その他の内臓障害

◆問合せ先 お住まいの地域を担当する保健センター（P.143をご覧ください）

4 - 4 自立支援医療（精神通院医療）

《 制度の内容 》

精神障害及び精神障害に起因して生じた病態で通院治療が必要な場合、医療保険と本制度を併用することにより、医療費の自己負担が原則1割になります。一部の方を除き、世帯（医療保険の加入単位）の所得等に応じた自己負担の上限額があります。なお、非課税世帯の方は、東京都の精神通院医療費助成制度又は国保受給者証制度により自己負担が助成されます。

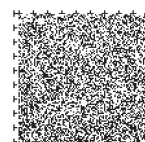
《 対象 》

通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害（てんかんを含む）を有する方。

◆問合せ先 お住まいの地域を担当する保健センター（P.143をご覧ください）

- ・牛込保健センター TEL（3260）6231 FAX（3260）6223
- ・四谷保健センター TEL（3351）5161 FAX（3351）5166
- ・東新宿保健センター TEL（3200）1026 FAX（3200）1027
- ・落合保健センター TEL（3952）7161 FAX（3952）9943

※障害者福祉課でも手続き可能ですが、その場合担当保健センターを経由して東京都へ提出するため、認定までに通常より時間がかかることがあります。

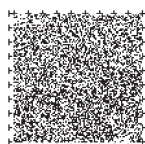


4 - 5 その他の医療費助成・給付等

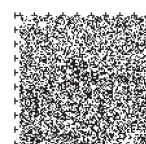
事業名			申請窓口
難病医療費等助成	内容	難病医療費助成の対象疾病に罹患し、認定基準を満たしている方に対し、その治療に係る医療費等の一部を公費負担します。助成額は、医療保険上の世帯の所得により異なります。ただし、スモン、先天性血液凝固因子欠乏症等の疾病の方、生活保護の方の患者負担はありません。	
	対象	都内にお住まいの方で、対象の疾病は、国の指定、都の指定がそれぞれあり、詳細はお問合せください。ただし、生活保護の方は、国の指定疾病に罹患されている方のみです。	
小児慢性特定疾病医療費助成	内容	小児慢性特定疾病医療費助成の対象疾病（疾患群）に罹患し、認定基準を満たしている方に対し、その治療に係る医療費等の一部を公費負担します。助成額は、保護者の家計の負担能力、対象児童等の治療状況、身体状態等により異なります。	お住まいの 地域を担当する 保健センター P.143を ご覧ください
	対象	都内にお住まいの18歳未満の方で、対象の疾病（疾患群）は、次のとおりです。 ①悪性新生物（がん） ②慢性腎疾患 ③慢性呼吸器疾患 ④慢性心疾患 ⑤内分泌疾患 ⑥膠原病 ⑦糖尿病 ⑧先天性代謝異常 ⑨血液疾患 ⑩免疫疾患 ⑪神経・筋疾患 ⑫慢性消化器疾患 ⑬染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 ⑭皮膚疾患⑮骨系統疾患⑯脈管系疾患 ただし、満18歳に達した時点で引き続き認定疾病について医療を受ける場合は、20歳に到達する日の前日まで対象となります。	
小児精神障害者入院医療費助成	内容	精神疾患のために精神病室に入院する場合の各種保険の自己負担額が助成されます。ただし、入院時食事療養費（標準負担額相当）の自己負担があります。また、入院治療を継続している場合は、20歳の誕生月の末日まで対象となります。	
	対象	東京都内に住所を有する満18歳未満の方	
高齢者インフルエンザ予防接種事業	内容	高齢者の方のインフルエンザによる重症化を予防するために、毎年秋から冬にかけて予防接種事業を実施。接種回数は1回。一部自己負担があります（75歳以上及び生活保護受給世帯等の方は自己負担免除）。	保健予防課 予防係 新宿区新宿 5-18-21 （区役所 第2分庁舎 分館1階） TEL (5273)3859 FAX (5273)3820
	対象	①当該年度の12月31日時点で65歳以上の方 ②接種日現在、60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能に重度の障害（身体障害者手帳1級程度）があり、接種を希望する方	

4

医療費助成



事業名			申請窓口
新型コロナウイルス感染症予防接種事業	内容	高齢者の方の新型コロナウイルス感染症による重症化を予防するために、毎年秋から年度末にかけて予防接種事業を実施。接種回数は1回。一部自己負担があります（75歳以上及び生活保護受給世帯等の方は自己負担免除）。	保健予防課 予防係 新宿区新宿 5-18-21 （区役所 第2分庁舎 分館1階） TEL (5273)3859 FAX (5273)3820
	対象	①当該年度の3月31日時点で65歳以上の方 ②接種日現在、60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能に重度の障害（身体障害者手帳1級程度）があり、接種を希望する方	
高齢者用肺炎球菌予防接種事業	内容	高齢者の方の肺炎球菌による肺炎等の感染症を予防し、重症化を防ぐために予防接種事業を実施。接種回数は1回（ただし過去に肺炎球菌ワクチン（23価）を接種したことがある方は対象外です）一部自己負担があります（生活保護受給世帯等の方は自己負担免除）。	
	対象	①接種日現在65歳の方 ②接種日現在、60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能に重度の障害（身体障害者手帳1級程度）があり、接種を希望する方	
带状疱疹ワクチン予防接種事業	内容	带状疱疹ワクチン予防接種費用の一部を助成します。 生ワクチンは接種回数1回、不活化ワクチンは接種回数2回（どちらか一方のみ助成）。ただし、過去に带状疱疹ワクチンの接種が完了している方は対象外です。一部自己負担があります（生活保護受給世帯等の方は自己負担免除）。	
	対象	【定期接種対象】 ①令和7年度中に65歳を迎える方 ②接種日現在、60～64歳で免疫機能に重度の障害（身体障害者手帳1級程度）があり、接種を希望する方 ※令和7年度から5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳になる方も対象 ※令和7年度に限り、100歳以上の方は全員対象 【任意接種対象】 接種日現在、50歳以上で定期接種対象外の方	



資料1 手当・年金等の給付額及び所得制限基準額表

令和7年度改定予定です。最新の情報は新宿区ホームページをご覧ください。

令和7年4月現在

種 別		所得者 扶養者数	給付額 (円)	①本人の所得基準額 (千円)				②扶養義務者等の所得基準額 (千円)			
				0人	1人	2人	3人	0人	1人	2人	3人
心身障害者福祉手当 (改定 毎年8月)			月額 15,500	3,604	3,984	4,364	4,744	①と同じ			
	ただし、身障手帳3級 及び愛の手帳4度の方		月額 7,750								
重度心身障害者福祉手当 (改定 毎年11月)			月額 60,000								
特別障害者手当 (改定 毎年8月)			月額 29,590					6,287	6,536	6,749	6,962
障害児福祉手当 (改定 毎年8月)			月額 16,100								
児童育成手当 (改定 毎年6月)	障害手当		月額 15,500								
	育成手当		月額 13,500								
児童扶養手当 (改定 毎年11月)	全部支給		月額 46,690	690	1,070	1,450	1,830	2,360	2,740	3,120	3,500
	一部支給		月額 11,010~ 46,680	2,080	2,460	2,840	3,220				
特別児童扶養手当 (改定 毎年8月)	1級		月額 56,800	4,596	4,976	5,356	5,736	6,287	6,536	6,749	6,962
	2級		月額 37,830								
心身障害者医療費助成 (改定 毎年9月)				3,604	3,984	4,364	4,744	3,604	3,984	4,364	4,744
障害基礎年金 (改定 毎年8月)	1級		年額 1,036,625※1 1,039,625※2	3,704 ※3	4,084 ※3	4,464 ※3	4,844 ※3	所得制限はありません			
	2級		年額 829,300※1 831,700※2								

- ※ 所得制限による受給資格の有無は、毎年、前年の所得により見直しをします。
一旦所得限度額超過等により資格を喪失した場合、再度受給資格が生じたときは、改めて申請が必要です。
- ※ 所得＝年間収入（給与収入、不動産収入、事業収入等の合計）－給与所得控除等（又は必要経費等）
- ※ 社会保険料、医療費など、所得から控除できるものもあります。
- ※ 扶養親族の年齢により、基準額が加算される場合があります。
(30歳以上70歳未満の扶養親族のうち、所得税法に規定する控除対象扶養親族でないものについては、所得限度額の加算を行わない)
- ※ 心身障害者福祉手当、重度心身障害者手当、心身障害者医療費助成欄の所得限度額は、
障害者の年齢によって、参照する欄が異なります。
- ・障害者が20歳以上の場合 →①本人の所得限度額を参照
 - ・障害者が20歳未満の場合 →②扶養義務者等の所得限度額を参照
(扶養義務者の所得が基準額超過で対象外だった方が、20歳になり本人所得が基準額以内であれば対象となる。)
- ただし、心身障害者医療費助成に限っては、20歳未満の人であっても加入している健康保険の
被保険者となっている人についてはその人の所得によります。
- ※ 特別障害者手当、障害児福祉手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当の所得限度額は、障害者の
年齢にかかわらず、①本人の所得限度額・②扶養義務者等の所得限度額の両方を参照します。
- ※ 児童扶養手当、特別児童扶養手当、児童育成手当(障害手当・育成手当)の支給を受ける本人とは、
障害者の父母又はその児童を養育する人です。
- ※ 児童扶養手当の一部支給額は、所得に応じて決定されます。
- ※ 障害基礎年金は、所得制限を超えても、**網掛け** 部分の金額以内であれば、一部支給できます。
- ※ 1 生年月日が昭和31年4月1日以前の方
- ※ 2 生年月日が昭和31年4月2日以降の方
- ※ 3 表記は令和6年度の基準額。令和7年度の基準額につきましては、令和7年7月上旬頃の決定を予定しております。

所得制限基準額について詳細は各申請窓口にお問合せください。

