

東京都医療費助成制度

3度・4度への対象拡大を求める署名と 障害者の医療実態アンケートへの協力をお願い

現在、東京の障害者医療費助成制度(マル障)の規定では
愛の手帳3度・4度の人は対象外のため医療費3割負担となっています。

全員無料 全員無料

乳幼児 小中高校生
(一部負担金の地域あり)



成人すると…
18歳4月以降

愛の手帳1・2度 満20歳から



最大2年間家族で所得制限あり

3割負担

無料

愛の手帳3・4度



3割負担

東京都心身障害者医療費助成制度の対象を
拡大することを求める全都連絡会では、
十分な収入を得にくいこの方たちへも
医療費助成を求めています。



- 1 東京都議会へ提出する「愛の手帳3度・4度の知的障害者の医療費の負担を軽減を求める署名」への署名をお願いします。

東京都以外にお住まいの方でも署名していただけます。

ご本人が自署は難しい場合は、押印いただくと有効になります。

ご理解ご協力いただけそうなお知り合いにもぜひ積極的にお声がけください。

- 2 「知的障害者医療費助成アンケート調査」の回答をお願いします。

障害のある方の収入実態や、暮らしの中で医療費がどれくらい負担になっているかをお伺いします。

知的障害以外の障害をお持ちの方、愛の手帳1度2度の方にも比較群としてご協力をお願いしています。

第一次締め切りは2月末を予定しています。取りまとめた内容は5月ごろ報告会にて発表予定です。

紙でご記入いただいた場合は各事業所にご提出いただいたのち、下記の集約先にお送りください。

インターネット・スマートフォンでもご回答いただけます。

その場合は紙のご提出は不要です。

アクセスはこちら⇒ <https://x.gd/vW3oW>



障害者の親なきあとも 安心して暮らせる東京へ

東京都心身障害者医療費助成制度の対象を拡大することを求める 全都連絡会

【集約先】清瀬わかば会 (担当：竹野)

FAX 042-493-4821 E-mail smileseinenn@yahoo.co.jp

〒204-0023 東京都清瀬市竹丘1-11-102