

2026 年度(令和 8 年度)日本 IDDM ネットワーク 1 型糖尿病医療費助成事業実施要領

1. 目的

この事業は、佐賀県内に居住する小児慢性特定疾病医療費助成制度（以下「小慢」という。）対象外の 1 型糖尿病患者が、今の日本で受けられる最良の治療を受けられるようにするために 1 型糖尿病医療費の一部を助成します。

2. 助成対象

(1) 助成対象者

①佐賀県在住の 25 歳までの成人 1 型糖尿病患者を対象とする。ただし、小児慢性特定疾病医療費助成対象者は除く。

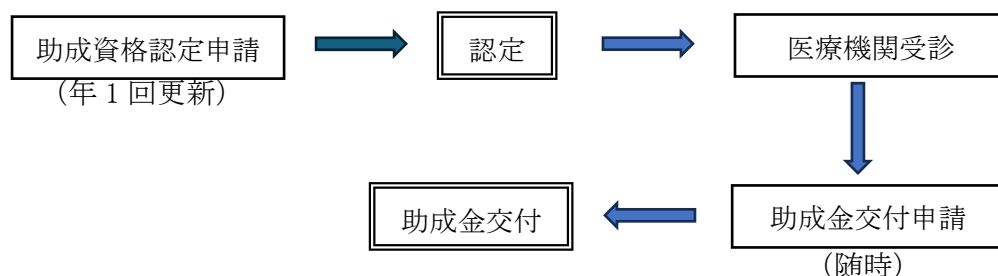
②佐賀県在住の 42 歳までに妊娠した成人 1 型糖尿病女性患者で、妊娠準備期から産後 1 年までを対象とする。ただし、小児慢性特定疾病医療費助成対象者は除く。

(2) 助成対象医療

インスリンポンプと持続血糖モニタリング（CGM）を使用した治療

3. 助成申請

(1) 本助成金に係る事務手続きの基本的な流れは次のとおりです。



(2) 助成を希望する場合は、当法人のホームページの申込フォームに必要事項を記入し、そのあとに必要書類を事務局まで郵送してください。

(3) 助成資格認定申請書の必要書類は次のとおりです。

①1 型糖尿病であることを証明する書類。

1) 25 歳までの方

但し、以前にこの助成で認定を受けた方は除きます。

(i) 直近の小慢受給者証の写し 又は

(ii) 医師の診断書

※発症時期を診断書に必ず記載してもらってください。

2) 42 歳までの妊娠準備期間から産後 1 年までの方

担当医師の署名がある「佐賀方式 1 型糖尿病(妊娠準備期から産後 1 年まで)医療費助成資格認定申請書」

但し、助成資格認定の更新申請に必要な書類は、申請時点の状況に応じ、次のとおりとします。

(i) 妊娠準備期の方

担当医師の署名がある「佐賀方式 1 型糖尿病(妊娠準備期から産後 1 年まで)医療費助成資格認定申請書」を提出してください。

(ii) 妊娠中の方

母子健康手帳の妊娠していることが確認できるページの写しを提出してください。但し、すでに当該ページを提出している場合は、母子健康手帳の写し及び担当医師の署名がある申請書の再提出は不要です。

(iii) 出産後1年以内の方

母子健康手帳の出産日が確認できるページの写しを提出してください。但し、すでに当該ページを提出している場合は、母子健康手帳の写し及び担当医師の署名がある申請書の再提出は不要です。

②対象患者本人の所得・課税証明書

注：所得・課税証明書は、「4. 助成金額」の「区分」を決定するための書類です。通常、前年の所得・課税証明書は6月頃にお住いの市町で発行されると思いますので、その所得・課税証明の発行を待って申請してください。

③対象患者本人の住民票(発行日から3カ月以内のもの)

- (4) 助成資格認定の有効期間は、2026年7月1日から2027年6月30日までとします。
- (5) 助成資格認定の継続を希望する場合は、法人の定めに従って認定更新の手続きを行ってください。更新時の提出書類は、(3)に定めるところによります。
- (6) 助成資格認定を受け医療機関を受診した場合は、資格認定の電子メールに記載のURLより助成金交付申請書に、医療費領収書及び診療明細書の写し(インスリンポンプと持続血糖モニタリング(CGM)を使用した治療であることが分かるもの)、調剤領収書及び調剤明細書の写しを添付して、申請を行ってください。なお、医療費領収書、診療明細書、調剤領収書及び、調剤明細書は、助成資格認定有効期間内の日付のものを有効とします。
- (7) 助成金は、下記のとおり、概ね四半期毎に支給することを原則とします。ただし、提出された申請内容に不備があつて、その補正に時間を要する場合はこの限りではありません。

受付期間	支払日
7～9月	10月末
10～12月	1月末
1～2月	3月末
3～6月	7月末

4. 助成金額

助成金額は、対象患者本人の所得、受診頻度及び治療内容に応じた下表に定める定額助成とします。ただし、実際に医療機関へ支払った金額を上限とします。

【所得区分】

所得区分	区分の基準	
I	市町村民税：非課税 (世帯)	本人年収 826,500 円まで
II		本人年収 826,500 円超

Ⅲ	市町村民税:課税以上 7.1 万円未満 本人年収:約 160 万円～約 370 万円
Ⅳ	市町村民税:7.1 万円以上 25.1 万円未満 本人年収:約 370 万円～約 810 万円
Ⅴ	市町村民税:25.1 万円以上 本人年収:約 810 万円～

【毎月受診の場合】 区分 A～D

所得 区分	A インスリンポンプ (自動調整機能なし)+持続血糖モニタリング 月額助成額(円)	B インスリンポンプ (自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 2 個) 月額助成額(円)	C インスリンポンプ(自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 4 個) 月額助成額(円)	D インスリンポンプ(自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 5 個) 月額助成額(円)	指定難病医療費助成制度「高度かつ長期」の自己負担上限額(円)
I	7,500	11,500	15,500	17,500	2,500
Ⅱ	5,000	9,000	13,000	15,000	5,000
Ⅲ	5,000	9,000	13,000	15,000	5,000
Ⅳ	0	4,000	8,000	10,000	10,000
Ⅴ	0	0	0	0	20,000

【2 カ月に 1 回受診の場合】 区分 E～H

2 カ月に 1 回受診の場合の助成額は、「1 カ月分×2＝4,000 円」として計算しています。

所得 区分	E インスリンポンプ (自動調整機能なし)+持続血糖モニタリング 月額助成額(円)	F インスリンポンプ (自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 2 個) 月額助成額(円)	G インスリンポンプ(自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 4 個) 月額助成額(円)	H インスリンポンプ(自動調整機能あり)+持続血糖モニタリング(センサ 5 個) 月額助成額(円)	指定難病医療費助成制度「高度かつ長期」の自己負担上限額(円)
I	11,000	19,000	27,000	31,000	2,500
Ⅱ	6,000	14,000	22,000	26,000	5,000
Ⅲ	6,000	14,000	22,000	26,000	5,000
Ⅳ	0	4,000	12,000	16,000	10,000
Ⅴ	0	0	0	0	20,000

区分は、指定難病患者への医療費助成制度を参考にしています。

[指定難病患者への医療費助成制度のご案内 - 難病情報センター](#)

5. 助成の条件

- (1) 助成を受けた患者は、本事業の目的を理解し、自身の健康維持、生活の質の向上に努めてください。
- (2) 当法人が行う各種事業等に関する情報を適宜提供しますので、助成を受けた患者はその事業等に協力してください。患者・家族による「共助」社会を一緒に創り上げましょう。
- (3) 助成を受けた患者は、住所、氏名、連絡先、所得状況等、認定申請書記載の内容に変更が生じたときは、速やかに当法人へ届け出てください。

6. その他

- (1) この医療費助成は、令和8年7月1日から開始します。
- (2) その他、この要領に定めのない事項及び運用上想定していなかった事項は、理事長が別に判断します。

7. お問い合わせ先・申請先

認定特定非営利活動法人日本IDDMネットワーク

〒840-0854 佐賀県佐賀市八戸二丁目1番27-2号

Tel : 0952-20-2062

e-mail : iryouhi@japan-iddm.net