

指定難病に係る特定医療費の支給認定申請について

高知県 健康政策部 健康対策課

平成 27 年 1 月 1 日に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、原因が不明で治療法が確立されていない、いわゆる難病のうち、厚生労働大臣が指定した「指定難病」にかかり、認定基準を満たした方に、医療費助成※を行います。

※従前医療費助成を行っていました「特定疾患治療研究事業」が制度改正されたものです。

指定難病に係る医療費助成の申請をされる方は、次の書類をご提出ください。

1 全員の方に提出していただく書類

| 書 類 | 記載等における留意事項 |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 特定医療費(指定難病)支給認定申請書 | <ul style="list-style-type: none">・5～6ページの記載例を参考に、受診者(本人)がボールペン等で記入してください。・氏名は、住民票と同じ字体で記入してください。・最後の申請者氏名は、基本、受診者(本人)です。受診者が18歳未満の場合のみ保護者を記入してください。・「受診者」「申請者」それぞれの個人番号を記入してください。・「受診を希望する医療機関」の欄には、指定医療機関になっている病院・診療所、保険薬局、訪問看護ステーションを記入してください。 ※指定医療機関は県のホームページで公表しています。・申請日は、難病指定医が作成した診断書(臨床調査個人票)の診断日以降の日を記入してください。 |
| 2 臨床調査個人票(新規用) (記載日から3か月以内のもの) | <ul style="list-style-type: none">・難病指定医の指定を受けている医師に作成してもらってください。 ※難病指定医は県のホームページで公表しています。・疾病によっては、レントゲン写真等が必要な場合があります。 |
| 3 同意書(研究利用) | <ul style="list-style-type: none">・臨床調査個人票情報の研究等への利用についての説明文の内容に同意する場合には、署名の上、提出してください。 |
| 4 同意書(保険照会) | <ul style="list-style-type: none">・保険者に対する高額療養費の適用区分の照会に必要なものです。 <u>※国保及び国保組合加入者のみ提出</u> |
| 5 住民票(世帯全員を記載) (交付日から3か月以内のもの) (<u>原則個人番号が入っているもの</u>) | <ul style="list-style-type: none">・「この住民票は世帯全員のものと相違ないことを証明する」という記載があるものを提出してください。・「続柄」及び「個人番号」が記載されているものを提出してください。 |
| 6 世帯調書 | <ul style="list-style-type: none">・支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)全員を記入し、それぞれの方の個人番号も記入(8ページの記載例参照)してください。 |

| 書 類 | 記載等における留意事項 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 医療保険の資格情報が確認できる書類(資格確認書等)の写し | <ul style="list-style-type: none"> ・資格情報のお知らせ、資格確認書の写し又はマイナポータルからダウンロードした資格情報画面を印刷したものを提出してください。 ・次の医療保険の区分に応じて、必要な方の分を提出してください。 <p>(1) 受診者が国民健康保険に加入の方は、同じ住民票上で、国民健康保険に加入している方全員分</p> <p>(2) 受診者が国民健康保険以外(被用者保険)に加入の方は、受診者本人と被保険者</p> <p>(3) 受診者が後期高齢者医療制度の方は、同じ住民票上で、後期高齢者医療制度に加入している方全員分</p> |
| 8 「世帯」の市町村民税額等を確認できる書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・8ページを参考に、医療保険の種別により、市町村民税課税証明が必要な方の分を提出してください。 <p>※「世帯」の市町村民税が非課税の場合は、受診者本人の年収の証明(所得証明書等)が必要となります。ただし、受診者が18歳未満の場合は父母両方の提出が必要です。</p> <p>(税証明を提出される方は、6の「世帯調書」の「税証明」欄に○を記入)</p> |
| 9 番号法に基づき申請時に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号を提供いただく際は、番号法により、窓口(若しくは郵送)で番号確認と身元確認を行います。 <p>※個人番号の提供の際に必要な書類については、別途ホームページ内に掲載しておりますのでご覧ください。</p> |

2 該当する方のみ(追加)提出していただく書類

| 書 類 | 記載等における留意事項 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 レントゲン写真等 | <ul style="list-style-type: none"> ・主治医又は難病指定医から預かった方は、提出してください。 |
| 11 同一世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方がいる場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・保険でいう同一世帯の方が対象となります。相手の方の受給者証の写しを添付してください。申請中の場合はその旨を記載してください。 <p>※自己負担上限額の取扱いが変わります。</p> <p>(1の「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の該当部分にチェックをし、対象となる方の情報を記載)</p> |

3 申請の提出先・問い合わせ先 ※提出は郵送で可

| 所属名等 | 電話番号 | 所在地 | 担当地域 |
|-------------------|--------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 安芸福祉保健所 健康障害課 | 0887-34-3177 | 〒784-0001 安芸市矢ノ丸 1-4-36 | 安芸市・室戸市・東洋町・奈半利町 田野町・安田町・北川村・馬路村 芸西村 |
| 中央東福祉保健所 健康障害課 | 0887-53-3173 | 〒782-0016 香美市土佐山田町山田 1128-1 | 南国市・香美市・香南市・本山町 大豊町・土佐町・大川村 |
| 中央西福祉保健所 健康障害課 | 0889-22-1247 | 〒789-1201 高岡郡佐川町甲 1243-4 | 土佐市・仁淀川町・いの町・越知町 佐川町・日高村 |
| 須崎福祉保健所 健康障害課 | 0889-42-1875 | 〒785-8585 須崎市東古市町 6-26 | 須崎市・中土佐町・四万十町 津野町・梶原町 |
| 幡多福祉保健所 健康障害課 | 0880-34-5124 | 〒787-0028 四万十市中村山手通 19 | 四万十市・宿毛市・土佐清水市 黒潮町・三原村・大月町 |
| 高知市保健所 (健康増進課) | 088-803-8005 | 〒780-8571 高知市丸ノ内 1 丁目 7-45 総合あんしんセンター内 | 高知市(新規申請のみ。変更申請 は高知県健康対策課へ。) |
| 高知県庁 健康対策課 | 088-823-9678 | 〒780-8570 高知市丸ノ内 1 丁目 2 番 20 号 | |

申請手続きの手順（流れ）について

1ページの「1 全員の方に提出していただく書類」の順番に沿って、記載内容や提出書類の確認をしていただく手順(流れ)は次のとおりです。

1 特定医療費（指定難病）支給認定申請書 必要事項を記載

2 臨床調査個人票（新規用）

3 同意書（研究利用）

4 同意書（保険照会）

5 住 民 票

6 世 帯 調 書

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）全員を記入のうえ、それぞれの方の個人番号も記入

7 医療保険の資格情報等の写し

医療保険における「世帯」の確定

「1 全員の方に提出していただく書類」の「7 医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し」を参考に、提出が必要な方を確認

8 「世帯」の市町村民税額等を確認できる書類

月額自己負担上限額の確定

8ページを参考に、医療保険の種別により、市町村民税（非）課税証明書の提出が必要な方を確認
※「世帯」の市町村民税が非課税の場合は、受診者本人の年収の証明（所得証明書等）が必要。ただし、受診者が18歳未満の場合は父母両方を提出。

4 特定医療費（指定難病）支給認定申請書について

《 記載例(表面) 》

様式第1号

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 **(新規)** 更新・変更・転入

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------|-----------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|---------------|------------------|------|--------------|
| 受診者／ 要支援者 | フリガナ | コウチ タロウ | | | | | | | | | | 年齢 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | 高知 太郎 | | | | | | | | | | 50 歳 | XX 年 1 月 23 日 | | | |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | T S H R | 電話番号 | 080-123-XXXX |
| | 住所 | 〒123-4567 〇〇市 △△町 1丁目1-1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | 高知 太郎 | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | |
| 保険種別 | | 全国健康保険協会 | | | | | | | | | | 記号・番号 | 1234567-890 | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | 全国健康保険協会 高知支部 | | | | | | | | | | 加入医療保険の情報を記入してください。P7 参照 | | | | |
| 加入医療保険 | 所在地 | 高知市本町4-2-40 | | | | | | | | | | | | | | |

可能なかぎり日中に連絡のつく電話番号を記入してください。

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| 病名 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。) | | 臨床調査個人票に記載されている病名を記入してください。 | |
| 自己負担上限額の特例等(該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> 軽症者特例 | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 ※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑(受給者証の写し等を添付)。 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | 同じ世帯内に医療受給者証をお持ちの方がいる場合に記入してください。 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |

| | | |
|------------------------|--------------------|---------------------------|
| 受診を希望する(指定) | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名 | 所在地 |
| 医療機関(調剤薬局、訪問看護事業者等を含む) | ●●病院 △薬局△△店 | 〇〇市△△町 〇〇市△△町 ◇◇市□□ |
| ※書ききれない場合は裏面にも記入 | 訪問看護ステーション□□ | |

| | | |
|-------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| 受給者番号 | 指定難病で受診する病院・診療所、保険薬局、訪問看護事業所をすべて記入してください。P7 参照 | 高知県内は町名まで可。高知県外は番地まで詳しく記入してください。 |
|-------|------------------------------------------------|----------------------------------|

| | | |
|------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※2、※3) | RX年3月30日 | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 |
|------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|------------|-------------|------------------|------------------------|
| 登録者証申請(※4) | 申請する | 申請しない ・ 発効済(発効自) | 申請書裏面の※2をご確認ください。P7 参照 |
|------------|-------------|------------------|------------------------|

| | |
|-----------------|------------------------------|
| 私は、上記のとおり申請します。 | 発行を希望する場合は「申請する」に○を記入してください。 |
|-----------------|------------------------------|

| | | |
|---------------------|-------|----|
| 申請者氏名 (受診者/要支援者) | 高知 太郎 | 受付 |
| 令和 X 年 4 月 1 日 | | |
| 高知県知事 様 | | |

申請日と申請者(受診者/要支援者)の氏名を記入してください。

登録者証・・・難病患者が福祉、就労等の各種支援を円滑に利用できるようにするため、都道府県等が患者の申請に基づき指定難病に罹患していることを確認し、交付します。
医師の診断書の代わりに指定難病の患者であることを証明するものとして活用できます。
(ハローワークや市町村の障害福祉サービスなど、各種支援の利用にお使いいただけます。)

《 記載例（裏面） 》

- ※1 更新又は変更の方のみ記入。
 ※2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
 ※3 更新の場合は、原則、記入不要。
 ※4 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に当該サービスを提供する公共機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ※表面から続く | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名 | 所在地 |
| 受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） | <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center;"> 医療機関を表面に書ききれない場合は、こちらに記入してください。 </div> | |

○受診者／要支援者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者／要支援者に代わって申請する場合のみ記載してください。

| | | | | |
|-----|------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申請者 | フリガナ | | 受診者／ | |
| | 氏名 | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 受診者/要支援者が ・18歳未満 ・成年被後見人等 の場合に記入が必要です。 </div> | |
| | 個人番号 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |

○書類等を受診者／要支援者（保護者）以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者／要支援者（保護者）の方に送付します。

| | | | |
|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 送付先の方の氏名 | フリガナ | 受診者／ 要支援者 | |
| 住所 | 〒 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 送付先を受診者/要支援者以外の方にする場合のみ記入してください。 </div> | |

| ※申請受付機関記載欄 | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 番号確認 | 番号カード・通知カード・住民票（個人番号付） |
| 身元確認 | 1点：番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点：資格確認書（医療保険証）・年金手帳・ 医療受給者証・児童扶養手当証書 その他（ ） |
| 確認者 | |

加入医療保険

受診者との関係については、受診者からみた関係を記載してください。

((例) 本人・父・母・夫・妻・長女・長男など)

「保険種別」については、下記の表を参考にしてください。

なお、申請の際は医療保険の資格情報が分かる書類を添付してください。

【医療保険の種別について】

受診者が加入している医療保険により記載内容が異なります。

| 保険種別 | | 被保険者氏名 | 保険者名 |
|-----------------------|----------|--------------------------------|---------------------------------|
| 被 用 者 保 険 | 全国健康保険協会 | 本人もしくは扶養の場合は、 その職場にお勤めの方を記載 | 全国健康保険協会 ○○支部 全国健康保険協会 船員保険部 |
| | 健康保険組合 | | ○○銀行健康保険組合 等 |
| | 共済組合 | | 高知縣市町村職員共済組合 等 |
| 国民健康保険 | | 本人 | 各市町村 |
| 国民健康保険組合 | | 本人もしくは扶養の場合は、 その職場にお勤めの方を記載 | ○○国民健康保険組合 等 |
| 後期高齢者医療 | | 本人 | 高知県後期高齢者医療広域連合 |

受診を希望する（指定）医療機関

認定された指定難病の治療のために、受診を希望する指定医療機関（歯科診療所、調剤薬局、訪問看護事業所等を含む）をすべて記載してください。

※指定難病の医療費助成を受けることができるのは、医療機関が所在する都道府県等から指定を受けた指定医療機関で行われた医療（介護）に限られます。

指定医療機関は、各都道府県等のホームページで公表されています。

【高知県健康対策課ホームページ掲載場所】

<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2015061500282/>



特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる日

次の①又は②のいずれか遅い日が支給開始日となります。

① 臨床調査個人票の診断年月日（指定医が重症度分類を満たしていると診断した日）

② 申請書の受理された日から原則1か月前の日

※軽症高額該当による認定の場合は、上記①は「軽症高額該当基準を満たした日の翌日」となります。

ただし、指定医が診断書の作成に期間を要したことその他のやむを得ない理由があるときは最長3か月前まで遡ることができます。

5 世帯調書について

《 世帯調書の記載例 》

【 記入上の注意 】

- 1 支給認定世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)全員を記入してください(住民票が別でも、受診者と同じ医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も記入してください)。
- 2 「個人番号」欄は、それぞれの方の個人番号を記入してください。
- 3 「被保険者本人・被扶養の別」欄は、被用者保険に加入の方について、被保険者本人・被扶養者のどちらか該当するものを○で囲んでください。
- 4 「税証明」欄は、市町村民税(非)課税証明書を提出する方に「○」をご記入ください(提出が必要な方は8ページの「7「世帯」の市町村民税額を確認する証明書等について」を参考にご確認ください)。

世帯調書【記載例①】

◆被用者保険に加入している場合(受給者本人は被扶養)

| (フリガナ) 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | (被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養の別 (該当するものに○) | 税証明 (提出する方に○) |
|-------------------------|----|-----------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| 個人番号 | | | | |
| コウチ タロウ 高知 太郎 | 本人 | T S 11年○月○日 H R | 本人・被扶養 | 医療保険における 「世帯」。 税証明は被保険 者本人分が必要。 |
| 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 | | | | |
| コウチ マルオ 高知 ○夫 | 父 | T S 46年○月○日 H R | 本人・被扶養 | ○ |
| 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 | | | | |

世帯調書【記載例②】

◆国民健康保険に加入している場合(後期高齢者医療も同じ考え方)

| (フリガナ) 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | (被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養の別 (該当するものに○) | 税証明 (提出する方に○) |
|-------------------------|----|-----------------------------|---------------------------------------------|------------------|
| 個人番号 | | | | |
| コウチ ジロウ 高知 次郎 | 本人 | T S 46年○月○日 H R | 本人・被扶養 | ○ |
| 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 | | | | |
| コウチ マルコ 高知 ○子 | 妻 | T S 49年○月○日 H R | 本人・被扶養 | ○ |
| 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 | | | | |
| コウチ マルヤ 高知 ○也 | 長男 | T S 17年○月○日 H R | 本人・被扶養 | ○ |
| 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 | | | | |
| コウチ マルミ 高知 ○実 | 長女 | T S 22年○月○日 H R | 本人・被扶養 | ○ |
| 義務教育課程以下のお子さんは不要 | | | | |

「被用者保険」加入で
ないため、記入不要

税証明は、国保加入全員分が必要。
ただし、義務教育課程を修了していないお子さんを除く(個人番号の記載も不要)。

医療保険における
「世帯」

6 「世帯」の取扱いと市町村民税額を確認する対象者について

所得を把握する単位としての「世帯」については、受給者と同じ医療保険に加入している支給認定基準世帯員の方々を一つの「世帯」として取り扱います。

医療保険の加入関係が異なる場合には、税制における取扱いに関係なく、別の「世帯」として取り扱います(住民票上の世帯と異なる場合があります)。

また、次のとおり加入している医療保険によって「世帯」の取扱いが異なり、所得を確認する対象者も異なりますので、ご注意ください。

① 被用者保険 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合、船員保険 など)

医療保険における被保険者及びその被扶養者が一つの「世帯」となります。

所得を確認する対象者は、「被保険者」となります(被保険者の市町村民税額の証明書を提出)。

② 国民健康保険、業種別国民健康保険組合(国保組合)

住民票上の世帯のうち、国民健康保険・国保組合に加入している方全員が一つの「世帯」となります。

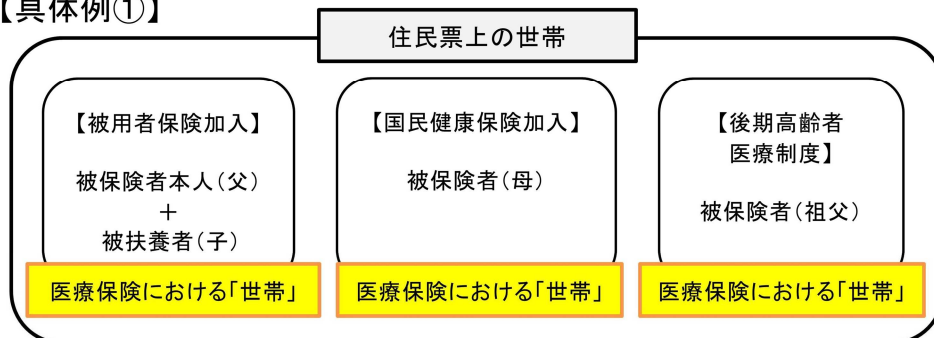
所得を確認する対象者は、「世帯」の方(国民健康保険・国保組合に加入している方)全員となります(全員の市町村民税額の証明書を提出)。ただし、義務教育課程を修了していないお子さんは不要です。

③ 後期高齢者医療制度

住民票上の世帯のうち、後期高齢者医療制度に加入している方全員が一つの「世帯」となります。

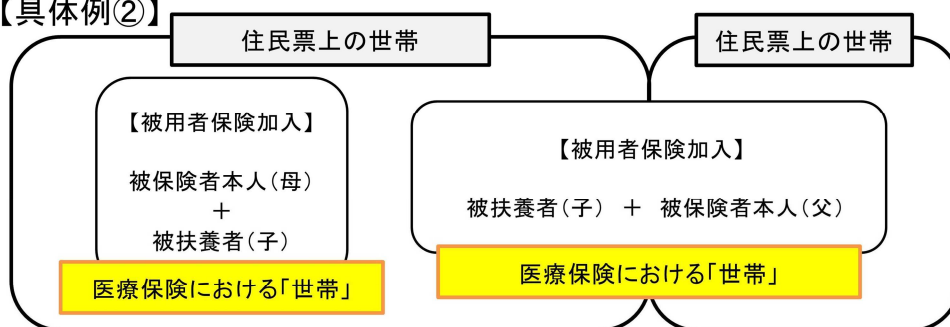
所得を確認する対象者は、「世帯」の方(後期高齢者医療制度に加入している方)全員となります(全員の市町村民税額の証明書を提出)。

【具体例①】



○左の図では、祖父・父・母・子の4人が住民票上の同一世帯であるが、医療保険を単位とした「世帯」の場合、同一世帯になるのは、父と子のみ。

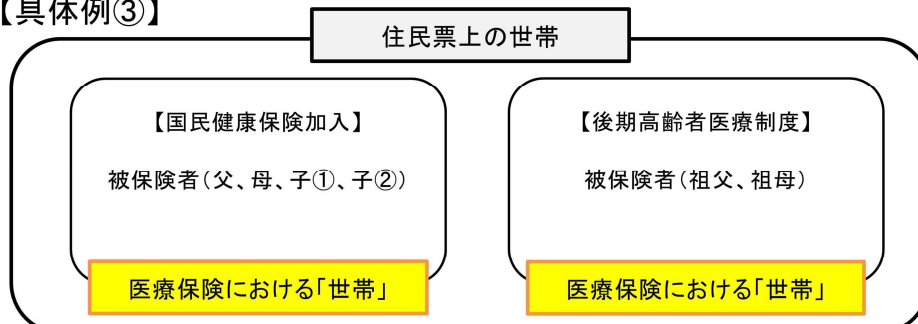
【具体例②】



○同じ被用者保険に加入していても父・母それぞれが被保険者の場合は、医療保険を単位とした「世帯」では別世帯となる。

○住民票が別であっても、同じ被用者保険に加入している場合は、医療保険を単位とした「世帯」では同一世帯となる。

【具体例③】



○国民健康保険と後期高齢者医療制度加入者は、医療保険を単位とした「世帯」では別世帯となる。

7 「世帯」の市町村民税額を確認する証明書等について

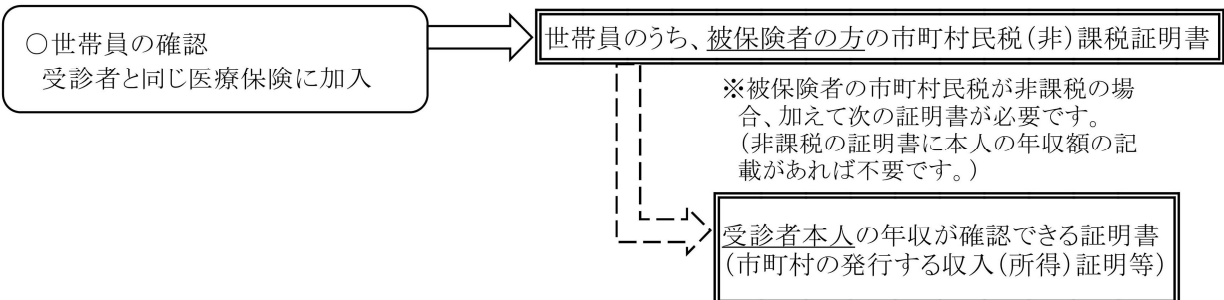
受診者の加入している医療保険の区分により の証明書を提出してください。

なお、取得時期と課税証明書の該当年度は以下の表を参照のこと。

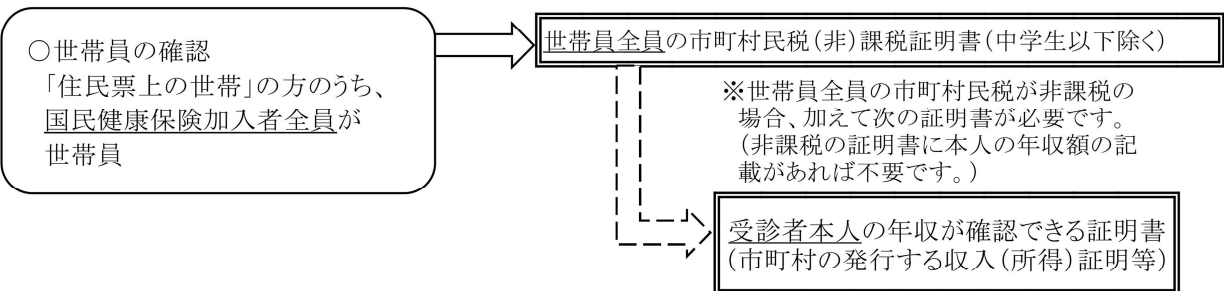
医療保険における「世帯」の市町村民税が非課税(均等割も0円)の場合は、受診者本人の年収の分かる書類※(所得証明書等)が必要です(以下参照)。但し、受診者が18歳未満の場合は、父母両方の提出。

※障害年金等、特別児童扶養手当等のある方は、受給状況を示す公的機関発行の書類を適宜ご提出ください。

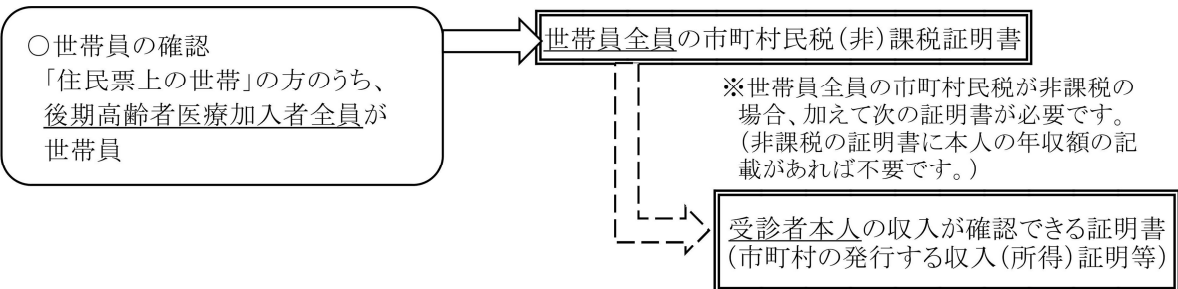
(1) 受診者の加入している医療保険が「被用者保険」の場合



(2) 受診者の加入している医療保険が「国民健康保険」の場合



(3) 受診者の加入している医療保険が「後期高齢者医療」の場合



参考:取得時期と課税証明書の該当年度(新規申請の例)

| 受付日 | 課税証明書 | 非課税世帯の収入確認 |
|--------------------|-----------------|------------|
| 令和7年7月1日～令和8年6月30日 | 令和7年度市町村民税課税証明書 | 令和6年分 |
| 令和8年7月1日～令和9年6月30日 | 令和8年度市町村民税課税証明書 | 令和7年分 |

証明書の入手方法について

【市町村民税(非)課税証明書】

各市町村役場で発行しています。

同一世帯以外の方が窓口に請求に行く場合、委任状が必要になります(各市町村にご確認ください。)

【受給者本人の収入(所得)が確認できる証明書】

各市町村役場で発行しています(証明書の名称は、各市町村によって異なりますので、窓口にお問い合わせください。また、(非)課税証明書に記載されている場合もあります。)

同一世帯以外の方が窓口に請求に行く場合、委任状が必要になります(各市町村にご確認ください。)

8 医療費助成の額、月額自己負担上限額について

(1) 医療費助成の額について

- ・医療費の自己負担が3割の方について、自己負担を2割とし、差の1割を助成(自己負担が2割以下の方はそのまま)
- ・下記、月額の「自己負担上限額」を超えた医療費について助成

(2) 月額自己負担上限額について

| 世帯の所得の状況 | 市町村民税額等の状況 | 自己負担上限額(外来＋入院＋薬代) | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| | | 一般 | ※ 高額かつ 長期 | ※※ 人工呼吸器 等装着者 |
| 世帯の所得が 市町村民税非課税 (均等割・所得割とも) | 本人年収 ～80.9万円 | 2,500 | 2,500 | 1,000 |
| | 本人年収 80.9万円超 | 5,000 | 5,000 | |
| 世帯の所得が 市町村民税課税 | 市町村民税額 (所得割) 7.1万円未満 | 10,000 | 5,000 | |
| | 市町村民税額 (所得割) 7.1万円～ 25.1万円未満 | 20,000 | 10,000 | |
| | 市町村民税額 (所得割) 25.1万円以上 | 30,000 | 20,000 | |
| 入院時の食費 | | 全額自己負担 | | |

※「高額かつ長期」とは、医療費総額が5万円／月(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月)を超える月が年間6回以上ある場合。

※※医学的に一日中人工呼吸器を装着することが必要な方、体外式補助人工心臓を装着している方。