

氷川町重度心身障がい者医療費助成申請書

氷川町長様

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号

下記のとおり、令和 年 月 分医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	受給資格者氏名				受給資格者番号			
	当該月の他の世帯員の受診状況 (高額療養費該当分のみ)	氏名		医療機関		支払額	円	
		氏名		医療機関		支払額	円	
		氏名		医療機関		支払額	円	
医療機関等の記入欄	診療月	令和 年 月 分			患者氏名			
	入院	日数	日	総点数	点	一部負担金	円	
	入院外	日数	日	総点数	点	一部負担金	円	
	上記の一部負担金を受領しました。 年 月 日							
	所在地 名称 氏名 印							
調剤薬局	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円	
	上記の一部負担金を受領しました。				処方医療機関名			
	年 月 日							
	所在地 名称 氏名 印							
市町村記入欄	一部負担金額 ①	高額療養費額 ②		付加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①-(②+③+④)		
	円	円		円	円	円		

様式第7号(第6条関係)

(注) 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

重度心身障がい者医療費助成制度について

この制度は重度の障がいを持たれる方の医療費の一部を助成するものです。
対象となる障がい者の方は主に下表のとおりです。

種類	程度
身体障害者手帳	1級 及び 2級
療育手帳	A1 及び A2
精神障害者保健福祉手帳	1級

◎助成の内容

1つの医療機関につき1ヶ月毎に合計した後に高額療養費及び付加給付金を控除した額から、入院の場合は2,000円*、入院外の場合は1,000円*を差し引いた額を助成します。
例えば、一ヶ月の間にA病院で14,000円、B病院で6,000円の外来分の自己負担があり、
高額療養費で10,000円の支給があった場合は下のように計算します。

*令和6年3月までの診療分については、入院の場合は2,040円、入院外の場合は1,020円となります。

A病院分	14,000	－	7,000	－	1,000	=	6,000円
(病院で支払った医療費)	(A病院分高額療養費※)		(自己負担)		(助成額)		
B病院分	6,000	－	3,000	－	1,000	=	2,000円
(病院で支払った医療費)	(B病院分高額療養費※)		(自己負担)		(助成額)		
合計	6,000円	+	2,000円	=	8,000円		

※高額療養費は病院毎に総医療費で按分します。

※一度、医療費を負担していただき、申請後に助成する制度です。

- ※ 高額療養費等が発生する場合には必ずそちらのほうを先に申請されてください。
申請後、給付決定通知を添付（コピー可）の上、当制度の申請をお願いいたします。
(高額療養費等の額が決定した後に当制度の助成額を決定します)
- ※ 申請書は月単位ですので、診療を受けた月の翌月10日以降に提出をお願いします。

◎請求できる期間は、診療を受けた月の翌月から起算して1年以内です。

◎助成の対象となるものの例

- ・保険診療による医療費の一部負担金
- ・治療用装具で、保険給付が認められた場合の本人負担金
- ・はり、きゅう、あんま、マッサージ柔道整復等施術料（医療保険給付対象に限る）

◎助成の対象とならないものの例

- ・保険診療以外の医療費（入院時の室料差額、おむつ代、検診、予防接種など）
- ・入院時の食事代
- ・介護保険等の利用料

☆問い合わせ先☆

氷川町役場 福祉課 福祉係 ☎(0965)52-5852(直通)
氷川町宮原振興局 地域振興課 ☎(0965)62-2311(直通)