

# 重度心身障害者医療費助成 を受ける方へ



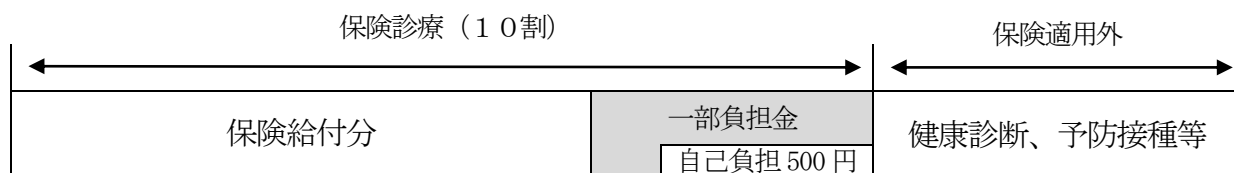
## 医療費助成の範囲

医療費助成の範囲は、入院や外来、訪問看護、処方箋の薬代、治療用装具などの保険診療を受けたときに支払った医療費の一部負担金（1割～3割負担）です。

保険適用外の健康診断、予防接種、差額ベッド代、食事代、おむつ代、文書料、介護保険利用分などは助成の対象となりません。

第三者行為（交通事故等）を原因とした医療費は対象となりません。

※ 65歳～74歳までの方で、後期高齢者医療制度以外の保険加入者は、医療費総額の1割相当を上限に助成します。



※令和4年4月診療分より、月額500円の自己負担を市が負担します。

## 医療費が高額になる場合

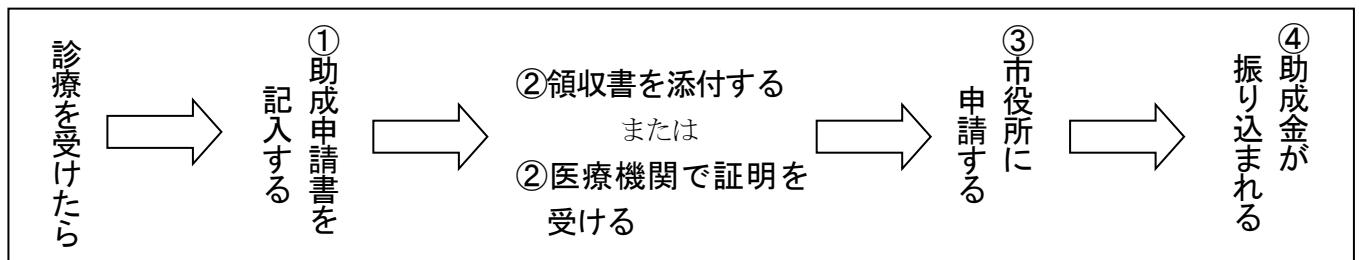
健康保険の高額療養費や附加給付金が支給される場合は、その額を除いた金額を助成します。そのため、入院や投薬などで医療費が高額になりそうな場合は、事前に健康保険組合へ「限度額適用認定証」の手続きをしてご利用ください。医療費助成の申請時には限度額適用認定証をご持参ください。

限度額適用認定証を使わずに医療費の支払いをした場合は、健康保険組合に高額療養費の手続きをして、「高額療養費支給決定通知書」が届いたら、領収書に添付して医療費助成の申請をしてください。

健康保険組合や共済組合によっては、保険診療の自己負担が一定の金額を超えると、附加給付金が支給される場合があります。「附加給付金決定通知書」が届いたら、領収書に添付して医療費助成の申請をしてください。

限度額適用認定証、高額療養費、附加給付金の手続き方法は、直接健康保険組合にお問い合わせください。

## 医療費助成の申請方法



### ① 助成申請書を記入する

申請書の裏面または次頁記入例を参照し、記入してください。

申請書は医療機関1ヶ所につき1枚必要です。院外処方の薬局・総合病院の歯科（口腔外科）も1ヶ所につき1枚必要です。

加入保険の変更がないときは、1枚の申請書で最大6ヶ月分の申請ができます。

※ 助成申請書は障がい福祉課と各公民館（織姫・助戸を除く）で配布しています。また、足利市ホームページからダウンロードもできます。（<https://www.city.ashikaga.tochigi.jp/>）

### ② 領収書を添付する または医療機関・薬局で証明を受ける

保険診療が分かる領収書（次頁参照）を医療機関（総合病院は医科・歯科別）・薬局ごとにまとめて申請書に添付する。または申請書の「医療機関等記入欄」に、医療機関等で保険診療点数の証明を受けて申請してください。

領収書は、受診日、患者名、医療機関名、保険点数、負担割合が明記されているものに限りま

す。マッサージや接骨院などの申請は、原則として保険診療の証明を受けて申請してください。

※ 医療機関等で証明してもらう場合は、診療を受けた翌月10日以降にしてください。

※ 窓口で申請する場合に限り領収書のコピーもご利用いただけますので、予めコピーをして原本と一緒にお持ちください。

※ 同月に複数の医療機関を受診した場合は、すべての領収書をそろえて申請してください。

### ③ 市役所に申請する

〈受付窓口〉 障がい福祉課 障がい福祉担当（本庁舎1階窓口23番または申請ボックス）

各公民館（織姫、助戸を除く）

〈郵 送〉 消印日が受付日となります

〒326-8601 足利市役所 障がい福祉課 障がい福祉担当宛

〈受付期間〉 受診日の翌月初日から1年間です。

月末が土・日曜日、祝日の場合は翌営業日が期限となります。

期限を過ぎると助成できません。ご注意ください。

例) 令和4年5月診療分の受付期間は、令和4年6月から令和5年5月末日です。

郵送・申請ボックスの場合、  
領収書のコピーはご利用いただけません。

### ④ 助成金が振り込まれる

毎月25日（土・日曜日、祝日の場合は翌営業日）までに申請されたものが

翌月16日（土・日曜日、祝日の場合は前営業日）振り込みとなります。

※ 振込の通知はいたしませんので、記帳等でご確認ください。

例) 令和4年4月26日～5月25日に申請→令和4年6月16日に振込

# 医療費助成申請書記入例

太線の枠内のみ記入してください。

令和 ○年 ○月 ○日

足利市長 宛て

**記入してください**

受給資格者 (申請者) 住所 足利市本城三丁目 2145  
氏名 足利 一郎  
電話 0284-20-2169

本医療費助成の申請に当たり、世帯員及び同一健康保険加入者の市町村民税課税状況等を閲覧することに同意します。

受給資格者証番号	○○○○○	※加入保険 変更のある方は、別途届出が必要です。	被保険者氏名	
受給者 氏名	足利 一郎		保険証記号・番号	
	生年月日		○○年 ○月 ○日	番号
振込先	変更あり 変更なし	※振込先を変更する場合は、変更届が必要になります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。		
一部負担金 21,000円以上支払った家族の有無				有 ・ 無

# 領収書の例

## 領 収 書

患者番号	氏名	請求受診日
○○○○	足利 一郎 様	令和 4年 5月 1日

受診科	入院・外来	発行日	負担割合	本人・家族
内科	外来	令和 4年 5月 1日	30%	家族

保 險 内	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	125 点	226 点	点	点	点	85 点
	注射	処置				
	点	点	点	点	点	点

保 險 外	その他	保険点数	保険外負担		
	3,000 円	合計	3,000 円	請求額合計	4,310 円
	(内訳) 文書料	負担額	1,310 円	3,000 円	領収額合計

足利市○○町○○○○  
Tel.0284 (○○) ○○○○ ○ ○ ○ ○ 病院 領収印

# 重度心身障害者医療費助成制度

## ●対象者

- ・身体障害者手帳 1 級または 2 級の方
- ・療育手帳 A1 または A2 の方
- ・身体障害者手帳 3 級または 4 級で知能指数 50 以下の重複障がいの方
- ・知能指数 35 以下の方
- ・精神障害者保健福祉手帳 1 級の方

対象となる方は資格の登録をし、資格者証の交付を受けてください。資格登録した方のみ医療費助成を受けることができます。

## ●資格登録に必要なもの

- ・健康保険証
  - ・該当の障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
- ※ 身体障害者手帳・療育手帳は診断書も可
- ・対象者名義の預金通帳（貯蓄預金は助成金の振込口座にご指定いただけません。）

## ●受付窓口

障がい福祉課 障がい福祉担当（本庁舎 1 階窓口 23 番）

## ●対象期間

登録申請した月の初日から（転入の場合はお問い合わせください。）

## ●助成方法

いったん受診者が医療機関等に医療費を支払い、後日申請する（償還払い）方式で医療費の助成を行っています。

中学生（満 15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日まで）のお子さんは「こども医療費助成制度」をご利用ください。

## ●内容が変わったときは…

- ・健康保険、住所、振込先等に変更があった場合は届け出てください。受給資格者証の内容を訂正します。

- ・受給資格者が亡くなった場合は、資格者証の返却・口座変更（相続人名義）が必要です。

変更の手続きは、障がい福祉課 障がい福祉担当（本庁舎 1 階窓口 23 番）または各公民館（織姫・助戸を除く）で受け付けます。

〒326-8601 足利市本城 3 丁目 2145 番地  
足利市役所 障がい福祉課 障がい福祉担当 本庁舎 1 階窓口 23 番  
TEL 0284-20-2169 FAX 0284-21-5404  
E-Mail syougai-f@city.ashikaga.lg.jp

