

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入してください。															
真岡市長様														年 月 日			
受給資格者住所 (申請者)														氏名			
受給資格者証 記号番号				加入保険		被保険者氏名											
						記号番号											
氏名						番号											
生年月日		年 月 日				名称											
振込先		(フリガナ) 口座名義		銀行		支店		預金種別		普通・当座							
						口座番号											
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無							

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄		※太線の枠内のみ記入してください。 点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。													
保 険 診 療 証 明 書															
保険種類		国保・社保・後期高齢者医療				自己負担割合 1・2・3 割				特定疾病療養受療証の有無 有・無					
診療年月		保 険 診 療 合 計 点 数								他 法 負 担 点 数				備 考	
年	月	入院 日数	入 院 点 数				外 来 点 数								
年 月 日															
医療機関等 所在地 名 称															

助成 内容	保険診療 合計金額 ①	一 部 負 担 額 ②	控除額の内訳						控除後 の 額 ②－④	保険診療 合計の1 割の額※ ①×1／ 10－③	医 療 費 助 成 額
			他 方 負担額	高 額 療養費	付 加 給付額	自己負 担控除 額 ③	その他	控除額 計 ④			
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	計										

※ 受給権者が65歳から74歳の場合に記入する(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。)

重度心身障害者医療費助成申請書 記入例

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入してください。	
真岡市長 様		〇〇年 〇月〇〇日	
受給資格者証の 番号を記入		受給資格者 (申請者)	住所 真岡市荒町5191
		氏名 真岡太郎	電話 0285-83-8129
受給資格者証 記号番号	〇〇〇〇〇	加入保 険	被保険者氏名 真岡太郎
受診者	氏名 真岡太郎	記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	番号	
		名称	×××××××
振込先	〇〇銀行 △△支店 預金種別 普通・当座 (フリガナ) 口座名義 真岡太郎 7	口座番号	123456
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有 ・ 無	

新規・変更のある方のみ記入して、通帳又はそのコピーを持参してください。

受診者以外の同一保険に加入している家族一人につき1ヶ月に医療費を2万1千円以上支払った場合は「有」に○印

《申請にあたっての注意事項》

- 受給資格取得日(受給資格者証に記載)以降の診療分について助成できます。
- 医療費助成の申請期間は、**診療を受けた翌月から1年間**です。
(例)4月診療分は、翌年の4月30日までが申請期間となります。
- 申請者記入欄を記入してからいずれかの方法で申請してください。
 - 領収書あり・・・医療領収書と申請書を窓口に提出してください。裏面への糊付けは不要です。助成申請書は**1回の申請につき1枚**(医療機関別、月別、入院外来別毎に作成する必要はありません)です。
 - 領収書なし・・・診療を受けた翌月の10日以降に、助成申請書に**保険点数、保険分自己負担額、負担割合、医療機関名、診療年月、入院・外来**の別を医療機関等で証明(点数証明)してもらってください。証明手数料は自己負担です
- 65歳以上74歳以下の方で、国民健康保険または社会保険に加入している方については、保険点数の1割が助成額の上限となります。
- 高額療養費(附加給付金等)に該当する場合は、窓口での保険診療自己負担分から高額療養費(附加給付金等)を差し引いた医療費を助成します。支給された額のわかる「**支給決定通知書**」等又はそのコピーを添付してください。
- 領収証の原本が必要な場合は、申請の際に領収書の原本と一緒にコピーしたものを提出してください。原本は返却いたします。
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を記入して投函してください。受領日が受付日となります。郵送料はご本人の負担になります。重さにより郵送料はかわりますのでご注意ください。
- 申請書は市役所社会福祉課・二宮支所にて配布、又は真岡市ホームページからダウンロードできます。

問い合わせ先 真岡市健康福祉部社会福祉課障がい福祉係
及び送付先 〒321-4395 真岡市荒町5191番地 TEL 0285-83-8129

重度心身障害者医療費助成制度について

1. 重度心身障害者医療費助成制度の概要

この制度は、重度の障害をお持ちの方の健康を確保するため、病院等で診療を受けた時に支払う自己負担分を助成するものです。

2. 対象になる方

各種医療保険に加入している方で、次のいずれかの項目に該当する方です。

- ① 身体障害者手帳1・2級の方
- ② 療育手帳A1・A2・A判定の方
- ③ 知的障がい[※]の程度が知能指数50以下であって、身体障がい[※]の程度が3～4級の障がい[※]を重複している方
- ④ 精神障害者福祉手帳1級の方

3. 助成対象範囲

・保険診療が適用された医療費の自己負担分。

(65歳以上で社会保険又は国民健康保険に加入している方は総医療費の1割が上限)

(予防接種、文書料、おむつ代、入院時の食事療養費、室料差額など、保険診療外のため助成対象外。)

・受給資格取得日以降の診療分が該当になります。

資格取得日は受給資格者証(黄色いカード)に記載されています。

4. 高額医療費

高額医療費の該当になった場合は、窓口での自己負担分から高額医療費を差し引いた限度額[※]の分までが助成の対象となります。

高額医療費の給付を受けた場合は、申請時に高額医療費支給決定通知を提出してください。

例) 医療機関の窓口で100,000円支払い、高額医療費80,000円を支給された場合。

100,000円から80,000円を差し引いた20,000円を助成。

5. 助成対象期間

医療費助成の申請期間は、診療を受けた翌月から1年間です。

1年を経過したものは、助成の対象外となりますので、ご注意ください。

例) 令和4年4月診療分は、令和5年4月30日までが申請期間となります。

6. 助成金の支払い

申請書を提出した翌月ないし、翌々月の月末(25日頃)に振り込みます。

振込通知は送付されませんので、通帳を記帳していただいでご確認ください。

例 ○65歳未満(翌月末振込み) : 4月に申請書を提出した場合 → 5月25日頃に振込

○65歳以上(翌々月末振込み) : 4月に申請書を提出した場合 → 6月25日頃に振込

※ 領収書内容確認のため、上記予定よりも遅れることがあります。

7. 自己負担

受給者の方全員自己負担(500円)が免除となります。

8. 税情報の確認

課税状況の確認を行っております。1月2日以降に真岡市に転入された方又は他市町村の施設などに入所されている方は受給資格者と同じ健康保険に加入している方全員分の当該年度の税状況を確認いたします。

9. 申請手続き

- ① 受診、診察料の支払い
- ② 申請書作成、提出

診療の翌月以降、申請書の必要事項(申請者記入欄)を記入して、いずれかの方法で申請する。

- (i) 領収書あり・・・医療領収書と申請書を窓口に提出する。領収書を申請書裏面に糊付けは不要。助成申請書は1回の申請につき1枚。
- (ii) 領収書なし・・・申請書を医療機関等へ提出し、保険点数の証明をもらい申請。
証明手数料は自己負担となりますので、ご了承ください。

申請者記入欄			
※太線の枠内のみ記入し、押印してください。			
真岡市長 様		〇〇年 〇月〇日	
受給資格者 (申請者)		住所 真岡市荒町5191	
氏名 真岡 太郎		電話 0285-83-8129	
受給者証(黄色いカード)の番号を記入	受給資格者証記号番号 〇〇〇〇〇	加入保険	受給者証(黄色いカード)の保険情報を記入
受給者は障害者本人	名 真岡 太郎	被保険者氏名 真岡 太郎	
生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	加入保険	保険証記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	
		保 号	
		保 名 称	×××××××
振込先	〇〇 銀行 △△ 支店 預金種別 普通 当座		
(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇	口座名義 真岡 太郎	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
振込先は変更のある場合のみ記入する。	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無	有 ・ 無	

《申請書記入の注意点》

- ・「受給資格者証記号番号」「加入保険」は受給者証(黄色いカード)の内容で記入する。
- ・「受給者」は障害者本人の氏名、生年月日を記入する。
- ・「振込先」は事前に登録している口座から変更の場合のみ記入をし、通帳又はそのコピーを持参して下さい。(下記「9.各種変更 a.振込先変更」参照)

- ③ 助成金の支払い：「7. 助成金の支払い」参照

10. 各種変更

振込先の通帳、健康保険証、住所、氏名等に変更が生じたときは、速やかに社会福祉課へ届出してください。

<変更に必要な書類>

- a. 振込先変更・・・・・・新しい振込み先の通帳またはその写し
- b. 保険証変更・・・・・・新しい保険証、受給資格者証
- c. 住所・氏名等変更・・受給資格者証

【問 合 せ 先】

真岡市社会福祉課障がい福祉係
TEL 0285-83-8129