

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、押印してください。							
真岡市長 様		受給資格者 住所 (申請者)						平成 年 月 日	
		氏名 電話						印	
受給資格者証 記号番号				加入保険		被保険者氏名			
						保険証記号番号			
受診者	氏名			保 險 者	番 号				
	生年月日	年	月		日	名 称			
振込先		銀行		支店		預金種別 普通・当座			
		(フリガナ) 口座名義		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、押印してください。 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割・2割・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 数	入 院 点 数	外 来 点 数					
平成 年 月 日		医療機関等 所在地 名称 氏名						印	

助成 内 容	保 険 診 療 合 計 金 額	一 部 負 担 額	控 除 額 の 内 訳					医 療 費 助 成 額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	自 己 負 担 控 除 額	そ の 他	
	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。)

(記入例)

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、押印してください。

真岡市長 様		平成 年 月 日	
受給資格者 (申請者)		住所 栃木県真岡市〇〇町△一△	
氏名 栃木 太郎 印		電話 0285-〇〇-〇〇〇〇	
受給資格者証 記号番号	〇〇〇〇	被保険者氏名	栃木 太郎
受診者	氏名	加入保険	保険証記号番号
	生年月日	〇〇年〇月〇日	〇〇〇 □□□
振込先	〇〇銀行 (フリガナ) トキノカウ	〇〇支店	預金種別 普通・当座
	口座名義 栃木 太郎		口座番号 〇〇〇〇〇〇〇
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。

申請にあたっての注意事項

- 診療を受けた翌月から1年以内に、申請者記入欄に記入し、医療機関等から発行された保険診療点数表示の領収書を添付、または医療機関等から保険診療点数を記入してもらって、申請してください。
- 証明手数料は自己負担になります。
- 1ヶ月の医療費について、以下に示す高額療養費に係る自己負担月額の限度額を越えて支払ったときは、加入保険者から通知のある高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを必ず添付してください。

【高額療養費に係る自己負担月額の限度額】

- ①非課税世帯 35,400円
- ②課税世帯

	標準報酬月額56万円未満の場合	56万円以上の場合
平成18年10月1日以降	80,100円	150,000円
平成18年9月30日まで	72,300円	139,800円

- 助成金の請求は、診療月の翌月初日から1年以内に申請してください。お手数でも保険証、資格者証を確認して申請書をご記入ください。助成金の支払いは口座振込みになります。

《 例：平成24年6月診療分は平成25年6月末日までが申請期間 》

- 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必ず記入して投函してください。

○ご不明な場合は、お住まいの市町村役場へお問い合わせください。

市町村名	担当課名	電話番号	市町村名	担当課名	電話番号
宇都宮市	障害福祉課	028-632-2363	西方町	保健福祉課	0282-92-0306
足利市	保険年金課	0284-20-2149	益子町	健康福祉課	0285-72-8866
栃木市	保険年金課	0282-21-2153	茂木町	厚生課	0285-63-5631
佐野市	医療保健課	0283-20-3024	市貝町	町民福祉課	0285-68-1113
鹿沼市	障害福祉課	0289-63-2127	芳賀町	健康福祉課	028-677-1112
日光市	厚生福祉課	0288-21-5174	壬生町	福祉課	0282-81-1832
小山市	福祉課	0285-22-9629	野木町	保健年金課	0280-57-4138
真岡市	福祉課	0285-83-8129	大平町	保険児童課	0282-43-9223
大田原市	保険課	0287-23-8792	藤岡町	保険児童課	0282-62-0905
矢板市	社会福祉課	0287-43-1116	岩舟町	保険児童課	0282-55-7762
那須塩原市	保険課	0287-62-7143	都賀町	住民課	0282-29-1103
さくら市	健康福祉課	028-681-1116	塩谷町	保健福祉課	0287-45-1119
那須烏山市	福祉課	0287-88-7115	高根沢町	健康福祉課	028-675-8105
下野市	保険年金課	0285-40-5558	那須町	住民生活課	0287-72-6909
上三川町	健康福祉課	0285-56-9128	那珂川町	健康福祉課	0287-92-1119
上河内町	健康福祉課	028-674-3131			

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、重度の障がい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の保険診療自己負担分(入院時食事療養費や室料差額等を除く)を助成するものです。

2. 該当になる方

真岡市に住所があり(ただし、病院等に入院または施設に入所するために住所を他市町村に移した方も対象になる場合があります)、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. 身体障害者手帳の1級または2級の方
2. 療育手帳のA1またはA2またはA判定の方
3. 身体障害者手帳の3級または4級程度の方であって、知能指数が50以下と判定された方

3. 自己負担について

助成にあたっては、薬局を除く医療機関ごと(診療報酬明細ごと)に月額500円の自己負担があり、助成するときに申請額から控除します。ただし、低所得者(市民税非課税世帯)の方については、自己負担は免除されます。

(注1)毎年、自己負担額免除申請手続きが必要です。

(注2)その年の所得を確認する必要がありますので、収入の有無にかかわらず所得の申告をしてください。

4. 助成対象範囲

1. 保険診療が適用された医療費の自己負担分
2. 高額療養費に該当する場合は、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「高額療養費支給決定通知書」を添付してください。)
3. 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」等を添付してください。)
4. 65歳以上74歳以下の方で、国民健康保険または社会保険等に加入している方についての医療費助成額は、総医療費の1割が上限となります。
後期高齢者医療保険に加入している方については保険診療自己負担額を助成します。
5. 助成の対象とならないのは、入院時の食事療養費、室料差額、文書料、おむつ代、予防接種代など、保険診療外のものであります。

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)平成24年4月診療分は、平成25年4月30日までが申請期間となります。

6. 各種変更について

振込先の金融機関や加入している健康保険証、住所、氏名等に変更が生じた場合は、速やかに届出してください。

<届出先>

福祉課障害者福祉係または二宮支所福祉国保窓口係

(注) 二宮支所福祉国保窓口係へ届出した場合は、変更の日数を要する場合があります。

<変更に必要な書類>

- a. 振込先の変更の場合は、新しい振込先の通帳または、その写し
- b. 保険証の変更の場合は、新しい保険証と、受給資格者証、印鑑
- c. 住所や氏名等の変更の場合は、受給資格者証と印鑑

7. 助成金の支払方法

申請書を提出した翌月、もしくは翌々月の月末(25日頃)に振り込みます。
振込通知は送付されませんので、通帳を記帳してご確認ください。

(例1) 一般の方(65歳未満) 4月に申請書を提出した場合は5月25日頃に振込

(例2) 老人医療該当の方(65歳以上) 4月に申請書を提出した場合は6月25日頃に振込

(注) 高額療養と思われる場合は、高額療養費支給の有無を確認後の支払いになりますので、上記予定よりも遅れる場合があります。

8. 医療費助成の申請手続き

1. 受給資格取得日(受給資格者証に記載)以降の診療分が該当になります。
2. 医療機関や薬局で診療を受け、自己負担額をその都度窓口でお支払ください。
3. 下記の「9. 医療費助成申請書の記入の仕方」を参考に申請書を記入してください。
4. 保険点数表示のある領収書の場合は申請書の裏面に貼ってください。**(注) 診療月、医療機関ごとに、入院と外来と薬局に分けて、それぞれ申請書が必要になります。**
保険点数表示の無い領収書(レシートだけ)の場合は、申請書を医療機関等へ提出し、診療年月、保険種類、自己負担割合、保険点数、自己負担額の証明をもらってください。(証明手数料は自己負担です)
5. 診療の翌月以降、福祉課障害者福祉係または二宮支所福祉国保窓口係のどちらでも申請できます。郵送する場合は、お手持ちの封筒に住所、氏名を記入して必ず切手を貼り、下記までお送り下さい。

(送り先) 〒321-4395 真岡市荒町 5191 番地 真岡市役所福祉課障害者福祉係

9. 医療費助成申請書の記入の仕方

別紙の記入例を参考に記入してください。

- ・医療費助成申請書は福祉課障害者福祉係及び二宮支所福祉国保窓口係にあります。また、真岡市ホームページ(トップページ)の「申請書ダウンロード」から記入例もあわせてダウンロードできます。
- ・コピーした医療費助成申請書でも申請いただけます。(必ず朱肉を使って押印してください)
- ・振込先の口座変更が無い場合は、振込先欄は未記入で結構です。

お問合せ先
真岡市役所福祉課障害者福祉係
TEL 0285-83-8129