

＊ 心身障害者医療費助成 ＊

対象となるのは・・・

東かがわ市に住民票があり、医療保険加入者で、以下のいずれかの手帳の交付を受けている方。

①身体障害者手帳（１～４級）

※ただし、新規対象者については、６５歳未満で心身障害者等になった方に限ります。なお、現在受給資格を有している方は、６５歳以降も要件を満たしていれば継続して受給できます。

②療育手帳 ③ 戦傷病者手帳

（所得要件）所得制限を超えている方は、対象となりません。

※所得は、本人及び扶養義務者で判定し、所得の審査は１年更新です。

助成の範囲は・・・

病院等の窓口で支払う保険診療の自己負担分が対象になります。保険給付の対象とならない医療費（例えば入院時の差額室料等）は対象外です。

お医者さん等にかかるときは・・・

後期高齢者医療保険加入者 以外 の方

●県内の医療機関等（接骨院以外）で受診するとき

【福祉医療受給者証】とマイナ保険証又は加入している健康保険の内容が分かるもの（従来の有効期限内の健康保険証、資格確認書等）の提示により、窓口での医療費支払いが不要になります。受給者証を提示しない場合や夜間・救急等の場合は、立替払いになる場合があります。

●県外の医療機関や接骨院等で受診するとき

立替払いとなります。後日、市への請求が必要です。

●立替払い分の請求方法

診療を受けた医療機関等で１か月単位で【医療費支給申請書】に証明を受け、市役所に提出してください。※申請書は、市役所に置いてあります。または、市のHPから印刷してご利用ください。

後期高齢者医療保険加入者の方

【福祉医療受給者証】とマイナ保険証又は加入している健康保険の内容が分かるもの（従来の有効期限内の健康保険証、資格確認書等）を提示し、

受診してください。県内外の医療機関等に関わらず、立替え払いが必要です。（申請不要で、原則、診療月の４か月後以降に払い戻します。）

注意！

※医療費が高額になりそうな場合は、必ず限度額適用認定証の提示をしてください。

治療用装具等の療養費に該当する場合

まずは、加入している健康保険者で手続きをしてください。後日、送られてくる【支給決定通知書】を添付して市役所へ申請してください。

学校でケガをした場合

学校の管理下における傷病の場合は、学校で加入しているスポーツ振興センターの災害共済給付制度が優先になります。学校を通して申請してください。

請求期間は・・・

●診療月の翌月から５年以内です。

●医療費申請書の受付締切日は、毎月末日です。（月末が休日の場合は前日。）

支払いは・・・

原則、請求した月の翌月の２８日に指定の口座に振り込みます。

※後期高齢者医療保険加入者の方については診療月の４ヶ月後（２８日が、土、日、祝祭日の場合は、原則翌営業日となります）

こんな時は、必ず手続きをしてください！

☆障害の程度が変わったとき

☆住所、氏名、健康保険、口座等が変わったとき

（変更になったものが分かる書類を持参してください。）

☆資格要件を満たさなくなったとき

立て替えて支払った場合の申請書の書き方

医療費支給申請書は、点線の部分を必ず記入してから医療機関に証明を受けてください。証明は、ひとつの病院及び調剤薬局につき1枚必要です。また、同じ医療機関であっても月ごとに証明を受けてください。

チェック

申請書見本

- ☐ 子ども
☒ 心身障害者
☐ ひとり親

医療費支給申請書

受給者	受給資格者証番号	2	0	*	*	*	*	*
	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日							
被保険者氏	名							

東かがわ市長 殿

年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金の証明

年	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	負 担 割 合		
月分	2 歯科		2 国保		1 割	2 割	3 割

受給者証見本

福祉医療受給者証

公費負担者番	号	*	*	*	*	*	*	*
受給者番	号	2	0	*	*	*	*	*
受給者	住 所	東かがわ市△△△123番地						
	氏 名	□□□ □□□						
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
有効期間		令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで						
交付年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日						
発行機関及び印		東かがわ市長 印						