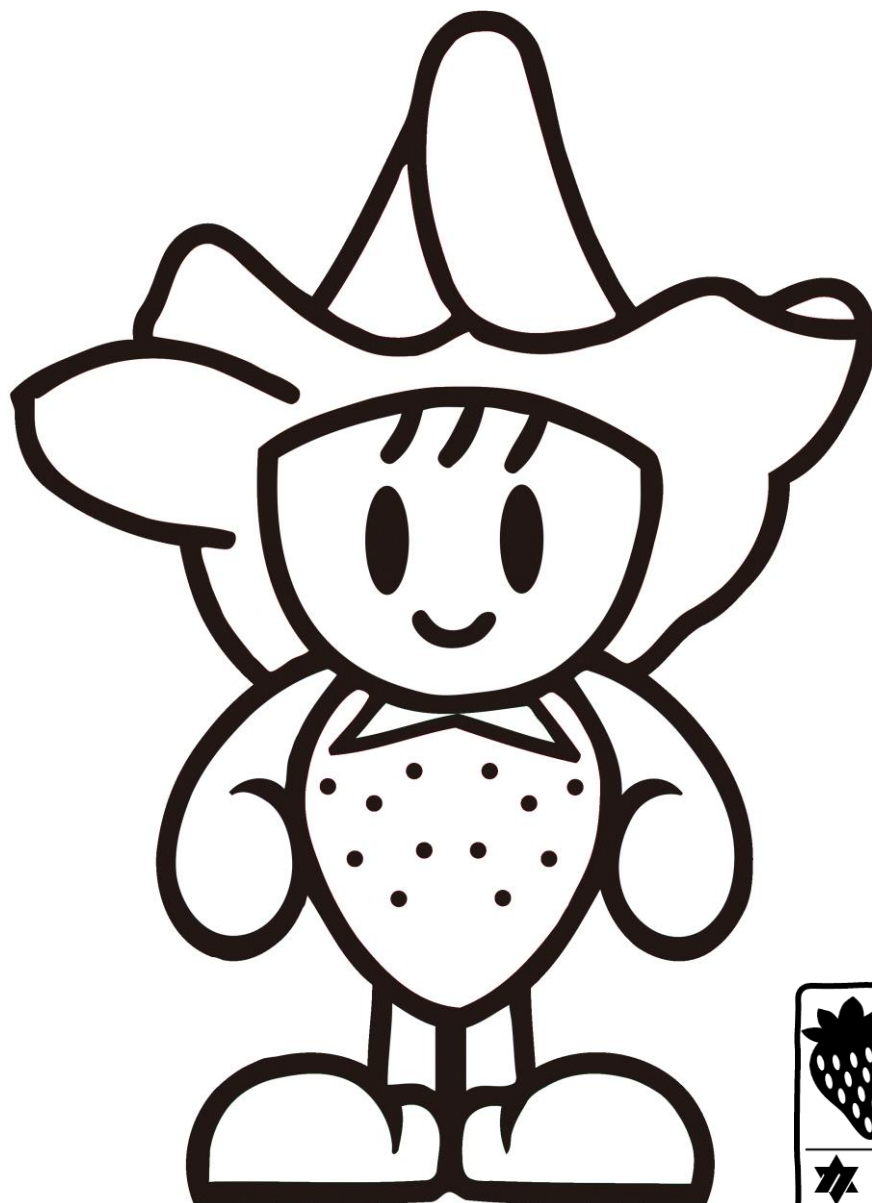


助成対象者のみなさまへ

重度心身障がい者医療費助成の ご案内



お問い合わせは…

鹿沼市今宮町1688-1

保健福祉部 障がい福祉課 障がい医療係（市役所1階3番窓口）

TEL (0289) 63-2127

FAX (0289) 63-2284

1.【助成の対象となるもの】

重度の障がいをお持ちの方が、病気やけがで、保険診療を受けて支払った医療費（自己負担分）を助成します。なお、高額療養費等の支給がある場合には、その額を医療費から差し引いた額を助成します。

ただし、「特定疾患」や「指定難病」、「特定疾病」に該当している方については、そちらの制度が優先されますので、各担当へ申請してください。

特定疾患、指定難病 県西健康福祉センター 鹿沼市今宮町1664番地1上都賀庁舎内 TEL (0289) 64-3125 FAX (0289) 64-3919 Mail: kensai-kfc@pref.tochigi.lg.jp	特定疾病 健康保険組合にお問合せください。 ＜国民健康保険に加入している場合＞ 鹿沼市保険年金課 保険給付係 TEL (0289) 63-2166 FAX (0289) 63-2206
--	--

2.【医療機関等で保険診療を受けたら】

	鹿沼市内の医療機関等		鹿沼市外の医療機関等
	内科、薬局	歯科、整体・整骨院等	
65歳未満の方	現物給付	償還払い	
65歳以上の方	償還払い		

【現物給付】…医療機関等の窓口で受給者証を提示することにより、市が直接助成しますので、窓口での支払いが不要となります（一部費用を除く）。

【償還払い】…医療機関等の窓口で一度医療費をお支払いいただき、翌月、市へ助成申請をしていただきます。

3.【助成申請書を提出してください】

- ① 申請書の「申請者記入欄」は、漏れがないよう記入してください（3ページ参照）。
- ② 医療機関等で発行された領収書を申請書に添付して提出してください。
※ 領収書に保険点数、負担割合、入院・外来の別、受診者名が記載されていない場合には、医療機関等の窓口にて、申請書に医療費の証明をもらってください。領収書を紛失してしまった場合も同様に証明をもらってください。
※ 領収書の原本が必要な場合→原本とコピーを一緒にお持ちください。領収書原本に、受付印を押印します。なお、助成を受けた場合、医療費控除などの対象にはなりませんので、ご注意ください。
- ③ 申請書は、医療機関・薬局ごとに提出してください。同じ医療機関・薬局であれば、1枚の申請書で6カ月分までまとめて申請できます。
- ④ 受診した翌月から申請できます。申請期間は、受診した月から1年間です。

提出先 市役所障がい福祉課1階3番窓口 又は お近くのコミュニティセンター
窓口へ持参するか、郵送でご提出ください。（送付先は3ページ参照）

4.【高額療養費や付加給付金に該当した時】

高額療養費等の支給がある場合は、支給決定通知を受けてから助成申請書に添付し提出ください。医療費(自己負担分)から、高額療養費等を差し引いた助成額を振り込みます。

ただし、国民健康保険や後期高齢者医療保険に加入している方については、障がい福祉課で高額療養費の支給額を確認するので、支給決定通知書の添付は不要です。

高額療養費…1ヶ月の保険診療自己負担額が、自己負担月額の限度額を超えた場合は、高額療養費として限度額を超えた分が加入している健康保険から支払われます。限度額は、所得に応じて異なりますので、加入している健康保険組合に確認してください。

※ 入院等で高額な医療費の支払いが予想される場合には、事前に健康保険組合に「限度額認定証」を申請してください。支払額が限度額までとなります。

付加給付金…健康保険組合によっては、「付加給付金制度」により、一定額以上の医療費がかかったときに給付金が支払われる場合があります。制度については加入している健康保険組合に確認してください。

5.【助成金を振り込みます】

助成申請書を受け付けた月の翌々月の原則10日に、ご指定の銀行口座に振り込みます。通知等は送付しませんので、預金通帳により支給額を確認してください。

なお、支給額についてご不明な点がありましたら、障がい福祉課までお問合せください。

6.【変更届の提出について】

下記の場合には、市役所1階3番窓口へ変更届のご提出をお願いします。

変更事由	必要なもの
住所が変わった	・窓口に来る方の印鑑 ・重度心身障がい者医療費受給資格者証
加入保険(保険証)が変わった	・窓口に来る方の印鑑 ・重度心身障がい者医療費受給資格者証 ・健康保険証(変更後のもの)
振り込み先を変えたい	・窓口に来る方の印鑑 ・受給者本人名義の通帳(変更したい振込先のもの)
受給者証を紛失・汚損した	・窓口に来る方の印鑑
受給者が死亡した	・窓口に来る方の印鑑 ・重度心身障がい者医療費受給資格者証 ・相続人名義の通帳

《助成申請書の記入方法》

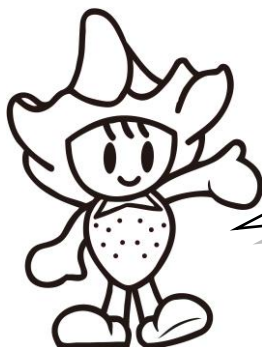
重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内のみ記入して下さい		令和〇年〇月〇日	
鹿沼市長 宛		受給資格者 (申請者) 住所	鹿沼市〇〇町〇-〇-〇
「重度心身障がい者医療費受給資格者証」(水色のカード)の番号です		氏名	鹿沼 三郎
		電話	0289-00-0000
受給資格者番号	〇〇〇〇	加入保険	被保険者氏名 鹿沼 太郎
受診者	氏名 鹿沼 三郎	加入保険	保険証記号番号 〇〇〇 〇〇〇〇
	生年月日 〇〇年〇月〇日	加入保険	番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
		加入保険	名称 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、当該支給額を申請する診療月に加入していた健康保険について記入してください。(月の途中で、加入している健康保険が変わった場合には、それぞれの健康保険ごとに申請書を記入してください。)

《申請にあたっての注意事項》

1. 診療を受けた翌月以降に、「重度心身障がい者医療費助成申請書」の「申請者記入欄」をご記入のうえ、領収書を添えて申請してください。
2. 領収書に保険点数、負担割合、入院・外来の別、受診者名が記載されていない場合は、「医療機関記入」欄に、医療機関等の窓口にて点数証明を記入してもらってから提出してください。証明手数料は自己負担していただきます。
3. 1カ月の医療費について、自己負担限度額を超え、高額療養費等が支給される場合は、加入している健康保険組合からの「支給決定通知」(コピー可)を添えて申請してください。
4. 助成金の申請期間は、受診した月から1年間です。1年を経過した場合は、助成できません。
5. 市へご持参いただく場合は、念のため「重度心身障がい者医療費受給資格者証」、「健康保険証」をご持参ください。
6. 申請を受け付けた翌々月の原則10日に、ご指定の口座に助成金を振り込みます。通知等は送付しませんので、預金通帳を確認してください。
7. 郵送で申請する場合、封筒に切手を貼り、差出人の住所氏名を記入して投函してください。



申請書の郵送先は、
〒322-8601
鹿沼市今宮町1688番地1 鹿沼市役所
障がい福祉課 重度心身障がい者医療費助成担当係
あてにお願いします。