

# 八代市重度心身障がい者医療費助成のご案内

重度の障がいがある方が支払った医療費の自己負担分の一部を助成します。

## 1 助成金

$$\begin{array}{|c|} \hline 1カ月の医療費 \\ (病院+薬局) \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{重度医療自己負担額} \\ \text{入院：2,000円} \\ \text{通院：1,000円} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{助成額} \\ \hline \end{array}$$

≪通院の例≫ 病院で10,000円と薬局で5,000円、計15,000円を窓口で払った場合

$$\begin{array}{|c|} \hline 1カ月の医療費 \\ 15,000円 \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{自己負担額} \\ \text{通院：1,000円} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{助成額} \\ 14,000円 \\ \hline \end{array}$$

※高額療養費（保険者から還付されるお金）等がある場合は、その額を控除して計算します。

### ●助成対象とならないもの

入院時の食事代などの健康保険適用外のもの（差額ベッド料や診断書等の文書料等）

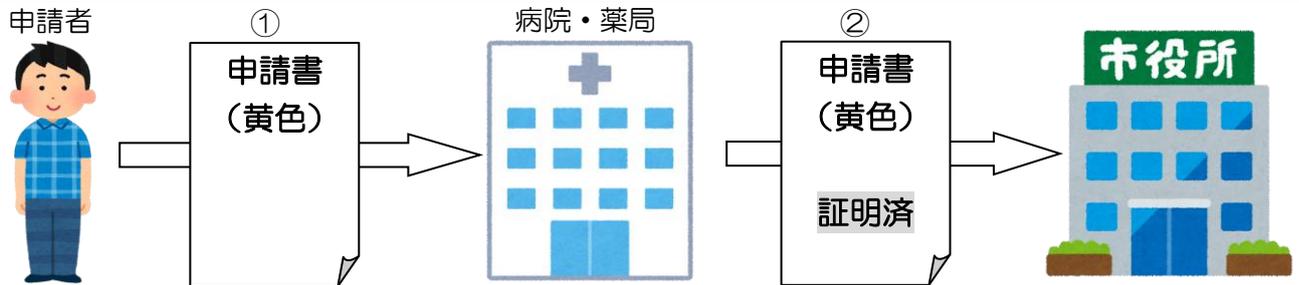
## 2 申請について

●申請書 月・病院・薬局・入院・通院 それぞれに1枚ずつ必要です。

●申請期間 診療月の翌月から起算して12か月以内（過ぎたら受付できません）

【例】令和7年4月診療分 → 令和8年4月末まで

### 八代市郡「内」の病院・薬局

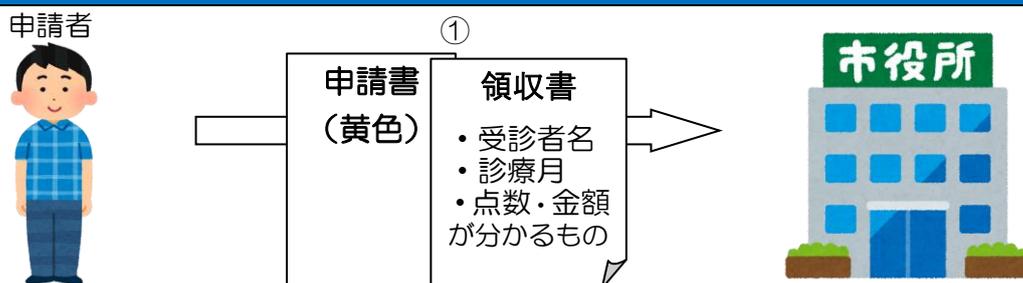


①申請書の「申請者の記入欄」に記入し、病院・薬局へ提出します。

②病院・薬局では、証明欄に記入後、市役所へ送付されます。

※一部の医療機関では、入院の場合のみ申請書の預かりができません。

### 八代市郡「以外」の病院・薬局



①申請書の「申請者の記入欄」に記入し、領収書を添えて市役所へ提出します。（郵送可）

※1 申請書に証明済の場合は領収書は不要。 ※2 二重申請防止のため、原則、領収書は原本。

### 3 支払いについて

原則、毎月15日までに申請された分を、翌月15日（休日の時は前の平日）に支払います。ただし、健康保険や高額療養費の有無によって支払月が異なりますので、下記をご参照ください。

国民健康保険・社会保険の方	受診月の2か月後に支払い
後期高齢者医療保険の方	受診月の3か月後に支払い
高額療養費の可能性のある方（国保・社保）	受診月の3か月後に支払い（最短）

※助成金額や内容は支払日前にハガキでお知らせします。

### 4 所得によっては助成を受けられないときがあります

毎年、所得調査を行い所得が限度額を超える場合は、その年の8月分から翌年の7月分まで助成が受けられません。

- 所得判定の対象：本人、同世帯の配偶者・父母・子

### 5 資格者証の内容が変わったとき・口座を変更したいとき

住所・氏名・健康保険が変わったとき、振込口座を変更するときは、変更手続きが必要です。受給資格者証、健康保険証、通帳等を窓口まで持参ください。

### 申請書の書き方

The diagram illustrates the transfer of information from Form No. 2 (別記第2号様式) to Form No. 6 (別記第6号様式). Arrows indicate the following data flow:

- Form No. 2, Section 1 (対象者):**
  - 受給資格者証記号番号: 八市障者 第 00001 号
  - 住所: 八代市松江城町 1-25
  - 氏名: 八代 花子
  - 生年月日: 000
  - 受給者コード: 1 2 3 4 5 6 7
- Form No. 2, Section 2 (健康保険):**
  - 被保険者氏名: 八代 花子
  - 保険者名称: 熊本県後期高齢者医療 八代市
  - 整理番号: 39432026
  - 記号: —
  - 番号: 0002
- Form No. 2, Section 3 (その他):**
  - 助成年月日: 000000
  - 令和: 〇年〇月〇日
- Form No. 6 (Application Form):**
  - Title: 八代市重度心身障がい者医療費助成申請書
  - Applicant Address: 八代市松江城町 1-25
  - Applicant Name: 八代 花子
  - Qualification Certificate No.: 八市障者 第 00001 号
  - Applicant Code: 1 2 3 4 5 6 7
  - Applicant Name: 八代 花子
  - Insurance No.: 3 9 4 3 2 0 2 6
  - Insurance Type: 国(退)協 組共後
  - Insurance Name: 後期高齢者医療の場合

★問い合わせ・窓口★

八代市役所 障がい者支援課  
 TEL (0965) 33-5110 (直通)  
 ✉ syofuku@city.yatsushiro.lg.jp  
 各支所地域振興課



ホームページはこちら