

＜特別医療費助成制度の内容について＞

(R4. 4. 1)

区分	対象者	対象者の範囲	所得制限等	一部負担金（単位：円）									
重度心身障がい者	身体障がい者	・ 1～2級の身体障害者手帳所持者	本人の年間所得額が一定の金額未満の者を助成 [扶養親族0人の場合] 年間1,695千円未満 (基準額は扶養親族の数により異なる) * 老齢福祉年金の支給基準を準用	1 下記①～③に該当する場合、一部負担金を0円とする。 ① 市町村民税非課税世帯 ※ 自立支援医療の対象者のうち未申請者を除く。 ② 自立支援医療の高額治療継続者（重度かつ継続）に係る当該自立支援医療 ③ 障害者総合支援法等の「境界層」 2 上記1以外の対象者については、本人所得に応じて、1医療機関ごとの月額負担上限額まで総医療費の1割を負担。 [月額負担上限額]（1医療機関ごと） <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>通院</th> <th>入院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般</td> <td>2,000円</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得</td> <td>1,000円</td> <td>5,000円</td> </tr> </tbody> </table> ※ 低所得：本人が市町村民税非課税 3 薬局における負担は無料。 4 低所得者に対する入院時食事療養費助成は廃止（全対象者共通）	区分	通院	入院	一般	2,000円	10,000円	低所得	1,000円	5,000円
	区分	通院			入院								
一般	2,000円	10,000円											
低所得	1,000円	5,000円											
知的障がい者	・ IQ35以下の者 ・ IQ50以下で3～4級の身体障害者手帳所持者												
精神障がい者	精神障がい者	・ 1級精神保健福祉手帳所持者											
特定疾病	特定疾病患者	・ 20歳未満の小児慢性特定疾患の患者 ・ 20歳以上の先天性クレチン症、フェニルケトン尿症、先天性無ガンマグロブリン血症等の患者	所得制限なし	[入院] 医療機関毎に1,200円/日 ※ 低所得者の入院時の自己負担を軽減する。 負担上限：15日/月まで（18,000円/月） [通院] 医療機関毎に530円/日 ※ 負担上限：4日/月まで（2,120円/月） 薬局における負担は無料。									
小児	小児	・ 18歳の年度末までの児童											
ひとり親家庭	ひとり親家庭	・ 18歳の年度末までの児童及びその養育者	所得税非課税世帯										