

福祉医療費助成制度

子ども、母子家庭、父子家庭または重度心身障害者(児)医療費助成制度は、病気やけがのため、健康保険証を利用するとき医療機関窓口で支払わなければならない自己負担分を助成する制度です。

○助成の種類と対象者

対 象 者		所得制限
子 ど も	中学3年生まで	なし
母子家庭等	①18歳到達後の年度末までの児童を現に扶養している配偶者のない母と当該児童 ②父母のいない18歳到達後の年度末までの児童等	児童扶養手当制限額を準用
父 子 家 庭	18歳到達後の年度末までの児童を現に扶養している配偶者のない父と当該児童	
重 度 心 身 障害者(児)	重度心身障害者(児)で以下のいずれかに該当する方 ・身体障害者手帳1級から3級 ・療育手帳 A1・A2・B1 ・精神障害者保健福祉手帳1・2級 ・身体障害者手帳4級の交付を受けている方で戦傷病者手帳(特別項症～第4項症)の交付を受けている方	特別児童扶養手当制限額を準用

※重度心身障害者(児)受給者証を交付されている方は、毎年10月1日以降、引き続き助成制度を受給できるかどうかの審査(所得確認等)があります。同じように、母子家庭および父子家庭受給者証をお持ちの方は、毎年11月1日以降に審査があります。

○助成方法

①県内医療機関

受給者証を提示することで、対象者が自己負担分を支払う必要はなく、医療機関から直接町へ請求されます。ただし、社会保険法に基づく自己負担額が助成対象となりますので、対象外の費用(検診代、診断書の費用、入院時の病衣代等)は自己負担となります。

②県外医療機関

医療機関窓口で、一旦自己負担分を支払っていただく必要があります。後日、窓口で領収書、福祉医療費受給者証、印鑑等を持参し、自己負担分の払い戻しの申請をしてください。

● 問い合わせ窓口 ● 福祉課 ☎ 247-1348 (直通)

新生児聴覚検査費用の助成

お子さんが生まれてから病院で行う「赤ちゃんの耳の聞こえの検査(新生児聴覚スクリーニング検査)」に対し、その検査費用の助成をします。ただし、健康保険から支給される出産育児一時金を超えて、自己負担が発生した場合のみの助成となります。

- 対象検査 自動聴性脳幹反応検査(AABR)
- 助成金額 3,700 円(検査料が 3,700 円より低い場合は検査料)
- 申請期間 生後 1 年以内
- 申請方法 医療機関で検査料をお支払い後、次のものを持って窓口へお越しください。