



福県医発第 1144 号 (地)
平成 21 年 9 月 17 日

各医師会長 殿

苅田町重度障害者医療費支給制度の拡大について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、苅田町における重度障害者医療費支給制度につきまして、受給者の経済的負担軽減のため平成 21 年 10 月 1 日より所得制限を撤廃し、入院外の医療費の無料化、入院医療費の自己負担の日数を 10 日に短縮する旨、苅田町より別紙のとおり通知がありました。

苅田町では、入院時の自己負担分を除き、医療費は現物支給方式で対応していただけるよう福岡県国民健康保険団体連合会と協議済みです。

つきましては、貴会会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

【拡大の概要】

1. 所得制限の撤廃
2. 医療費自己負担の軽減

	変更前	変更後
入院外	1 月当たり 500 円 (1 診療機関当たり)	<u>無料</u>
入院	1 日当たり 500 円 20 日限度	1 日当たり 500 円 <u>10 日限度</u>
	【低所得者】 1 日当たり 300 円 20 日限度	1 日当たり 300 円 <u>10 日限度</u>

小郡三井医師会より

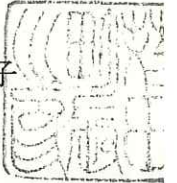
医療保険担当理事 毛利康茂
医療保険副担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉

812-8551

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

福岡県医師会

会長 横倉 義武 様

苅田町長 吉 廣 啓 子
(健康福祉課 国保医療係)

苅田町重度障害者医療費支給制度の拡大について

初秋の候、貴職におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃より苅田町の医療保健行政に格別なご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

福岡県では昨年10月に重度障害者医療費支給制度を改正したところですが、本町では、この制度をさらに充実させ、受給者の経済的負担の軽減のため平成21年10月1日より所得制限を撤廃し、入院外の医療費の無料化、入院医療費の自己負担の日数を10日に短縮して実施することにいたしました。

また、入院時の自己負担分を除き、医療費は現物支給方式で対応していただけるよう福岡県国民健康保険団体連合会と協議を終えていますので、関係機関にご周知くださいますようお願いいたします。

拡大の概要

・ 所得制限の撤廃

・ 入院外 : 1月当たり500円(1診療機関当たり) から 無 料 へ

・ 入院 : 1日当たり500円/20日限度 から 500円/10日限度へ

※ 低所得者の場合は

1日当たり300円/20日限度 から 300円/10日限度へ



重度障害者医療費支給制度が変わります

平成21年10月1日より重度障害者医療制度が次のとおり変更になります。

☆ 所得制限がなくなります。（所得の確認は必要です。）

☆ 医療費の自己負担が軽減されます。

入院外の場合 1月当たり500円（1診療機関当たり）から 無 料 へ

入院の場合 1日当たり500円／20日限度から500円／10日限度へ

※ 低所得者の場合は

1日当たり300円／20日限度から300円／10日限度へ

昨年の制度改正で所得制限に該当した方も申請することが出来るようになりました。

現在、下記に該当し、重度障害者医療証をお持ちでない方は新規の申請をすることができます。

身体障害者 身障手帳1級・2級

知的障害者 療育手帳A

重複障害者 身障手帳3級かつ療育手帳B

精神障害者 精神手帳1級

ただし、生活保護受給者、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律による医療支援給付受給者、乳幼児医療認定者を除く。

詳しくは、苅田町健康福祉課国保医療係までお問い合わせ下さい。

093-434-1848

医療証サンプル

65歳未満用 (ブルー)

障		福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
負担者番号	8 0 4 0 1 2 0 1		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7参照) 1日当たり300円(月10日限度) 入院外 徴収しない ※上記金額を医療機関ごとに負担ください。		
発行機関名及び印	福岡県 苅田町長		
交付年月日	年 月 日		

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

65歳未満精神用 (ブルー)

障		福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
負担者番号	8 0 4 0 1 2 0 1		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7参照) 1日当たり300円(月10日限度) 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8) 入院外 徴収しない ※上記金額を医療機関ごとに負担ください。		
発行機関名及び印	福岡県 苅田町長		
交付年月日	年 月 日		

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

65歳以上用 (白)

障		福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
負担者番号	8 0 4 0 1 2 0 1		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7参照) 1日当たり300円(月10日限度) 入院外 徴収しない ※上記金額を医療機関ごとに負担ください。		
発行機関名及び印	福岡県 苅田町長		
交付年月日	年 月 日		

65歳以上精神用 (白)

障		福岡県障害者医療 医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
負担者番号	8 0 4 0 1 2 0 1		
受給者番号			
受給者	住所 氏名 生年月日		
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) ※低所得者の場合(裏面注7参照) 1日当たり300円(月10日限度) 精神病床への入院に係る費用は対象外(裏面注8) 入院外 徴収しない ※上記金額を医療機関ごとに負担ください。		
発行機関名及び印	福岡県 苅田町長		
交付年月日	年 月 日		

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。