



福岡県医発第 1562 号 (地)

平成 28 年 9 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

八女市・筑後市・広川町子ども医療費等助成制度改革について

標記の件につきまして、八女市、筑後市、広川町の三市町より、平成 28 年 10 月 1 日から下記のとおり改正する旨、通知がありました。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い致します。

なお、詳細につきましては、別添をご参照いただく又は、下記各市町担当までお問い合わせくださいますようお願い致します。

- ・八女市…八女市市民福祉部市民課公費医療係 (0943-23-1117)
- ・筑後市…筑後市市民生活部市民課公費医療担当 (0942-65-7016)
- ・広川町…広川町住民課国保・年金係 (0943-32-1112)

記

八女市・筑後市・広川町医療費助成制度改革の概要

名称	区分	平成 28 年 9 月 30 日まで	平成 28 年 10 月 1 日より
子ども医療費助成	対象者	0 歳～小学校就学前まで (6 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日まで)	0 歳～ <u>小学 6 年生</u> まで
	自己負担	通院：なし 入院：なし	通院： <u>小学生のみ自己負担あり</u> <u>1 医療機関 1,200 円／月</u> 入院： <u>筑後市の小学生のみ</u> <u>1 医療機関 500 円／日(月 7 日限度)</u>
重度障害者医療費助成	所得制限	あり (特別児童扶養手当準拠)	あり ・ <u>小学生：児童手当準拠</u> ・ <u>中学生以上：特別児童扶養手当準拠</u>
	自己負担	通院：1 医療機関 500 円／月 入院：1 医療機関 500 円／日(月 20 日限度) ※低所得者：1 医療機関 300 円／日 (月 20 日限度)	通院：1 医療機関 500 円／月 入院：1 医療機関 500 円／日 (月 20 日限度、 <u>小学生月 7 日限度</u>) ※低所得者：1 医療機関 300 円／日 (月 20 日限度、 <u>小学生月 7 日限度</u>)

※調剤は自己負担なし

※生活保護法による保護を受けている者は対象外

※重度障害者医療費助成及びひとり親家庭等医療費助成の対象者は、現行に加えて、未就学児を除く

【公印割印省略】

平成28年8月26日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 様

八女市長 三田村 統 之
筑後市長 中 村 征 一
広川町長 渡 邊 元 喜

子ども医療費等助成制度改正の周知について

時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

また、医療費助成制度の運営につきましては、平素より格段のご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

さて、本市町では、福岡県の制度改正に併せまして、平成28年10月から子ども医療費助成制度と障害者医療助成制度の改正を別紙概要のとおり行いますのでお知らせします。

今後とも医療費助成制度の実施にご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

- 1 改正内容 別紙のとおり
- 2 改正時期 平成28年10月1日

問合せ先

●八女市市民福祉部市民課公費医療係

電話：0943-23-1117

●筑後市市民生活部市民課公費医療担当

電話：0942-65-7016

●広川町住民課国保・年金係

電話：0943-32-1112



【別紙】八女市・筑後市・広川町医療費助成制度改正の概要

名称	法別 番号	区 分	平成28年9月30日まで	平成28年10月1日から
子ども医療費助成	81	対象者	0歳～小学校就学前まで(6歳に達する日以後の最初の3月31日まで)	0歳から小学6年生まで
		所得制限	なし	なし
		自己負担	通院・入院 なし	通院:小学生のみ自己負担あり 1医療機関 1,200円/月 入院:小学生の筑後市のみ 1医療機関 1日500円(月7日限度)
重度障害者医療費助成	80	対象者	・身体障害者手帳1級または2級 ・重度の知的障害者(療育手帳A) ・中等度の知的障害者かつ身体障害者手帳3級 ・精神障害者保健福祉手帳1級(精神病床への入院は対象外) ※乳幼児医療対象者を除く	同左 ※未就学児を除く
		所得制限	あり(特別児童扶養手当準拠)	あり(小学生は児童手当準拠) (中学生以上は特別児童扶養手当準拠)
		自己負担	通院...1医療機関 500円/月 入院...1医療機関 1日500円 月20日限度 (低所得者 1医療機関 1日300円 月20日限度)	通院...1医療機関 500円/月 入院...1医療機関 1日500円 月20日限度(小学生7日限度) ●低所得者 1医療機関 1日300円 月20日限度(小学生7日限度)
ひとり親家庭等医療費助成	90	対象者	・母子家庭の母および児童 ・父子家庭の父および児童 ・父母のない児童 ※児童は、18歳に達する日以後の最初の3月31日まで ※乳幼児医療対象者を除く	同左 ※未就学児を除く
		所得制限	あり(児童扶養手当準拠)	同左
		自己負担	通院...1医療機関 800円/月 入院...1医療機関 1日500円 月7日限度	同左

- 調剤は自己負担なし
- 生活保護法による保護を受けている者は対象外