



福岡医発第 1366 号
平成 29 年 8 月 21 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

苅田町重度障害者医療費に係る患者の自己負担額の変更について

標記の件につきまして、苅田町より、平成 29 年 10 月 1 日から下記のとおり変更する旨、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、苅田町役場地域福祉課障がい者福祉サービス担当（093-434-1039）までお問い合わせくださいますようお願い致します。

記

<変更内容>

	年 齢	現 行	改定後
通 院	全 員	無 料	500 円／月
入 院	3 歳から 小学 6 年生まで	(一 般) 500 円／日 (月 7 日限度) (低所得) 300 円／日 (月 7 日限度)	変更なし
	中学生以上	(一 般) 500 円／日 (月 10 日限度) (低所得) 300 円／日 (月 10 日限度)	(一 般) 500 円／日 (月 20 日限度) (低所得) 300 円／日 (月 20 日限度)

※いずれも 1 医療機関（薬局を除く）ごとに自己負担となります。

小郡三井医師会より

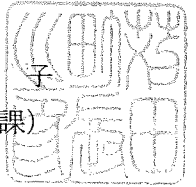
医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

29 苧地福第 1098 号

平成 29 年 8 月 10 日

公益社団法人 福岡県医師会
会 長 松 田 峻一良 様

苧田町長 吉 廣 啓 子
(地域福祉課)



苧田町重度障害者医療費に係る患者様の自己負担額の変更について (依頼)

盛夏の候、貴職におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

また、平素より町福祉行政に対して、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、苧田町では重度障害者医療費に係る患者様の自己負担額について、下記のとおり変更することとなりました。

つきましては、貴会会員の皆様への周知について取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

記

1 適用日

平成 29 年 10 月 1 日診療分から適用

2 変更点

(1) 通院にかかる自己負担額

全員を対象に個人負担額を無料としていましたが、改定後は、全員を対象に「1 医療機関 (薬局を除く) ごとに月 500 円の自己負担」が必要となります。

(2) 入院にかかる自己負担

中学生以上の患者様について月の負担上限額を月 10 日までとしていましたが、改定後は、中学生以上の患者様については、月 20 日を限度とします。

	年 齢	現 行	改定後
通院	全員	無料	500 円/月
入院	3 歳から	(一 般) 500 円/日 (月 7 日限度)	変更なし
	小学 6 年生まで	(低所得) 300 円/日 (月 7 日限度)	
	中学生以上	(一 般) 500 円/日 (月 10 日限度) (低所得) 300 円/日 (月 10 日限度)	(一 般) 500 円/日 (月 20 日限度) (低所得) 300 円/日 (月 20 日限度)

*いずれも 1 医療機関 (薬局を除く) ごとに自己負担となります。

お問い合わせ先

〒800-0392 苧田町富久町 1 丁目 19 番地 1

苧田町役場地域福祉課障がい者福祉サービス担当

城・秦・春本

TEL: 093-434-1039

各医療機関の長 殿

荏田町地域福祉課 障がい者福祉サービス担当

荏田町重度障害者医療費の自己負担額が変わります

盛夏の候、貴職におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、荏田町では重度障害者医療費に係る患者様の自己負担額について、下記のとおり変更することとなりました。

つきましては、適用日以降の患者様への自己負担額の請求について御留意くださいますようお願い申し上げます。

記

1 適用日

平成29年10月1日診療分から適用

2 変更点

(1) 通院にかかる自己負担額

全員を対象に個人負担額を無料としていましたが、改定後は、全員を対象に「1医療機関（薬局を除く）ごとに月500円の自己負担」が必要となります。

(2) 入院にかかる自己負担

中学生以上の患者様について月の負担上限額を月10日までとしていましたが、改定後は、中学生以上の患者様については、月20日を限度とします。

	年 齢	現 行	改定後
通院	全員	無料	500円／月
入院	3歳から 小学6年生まで	(一 般) 500円／日 (月7日限度) (低所得) 300円／日 (月7日限度)	変更なし
	中学生以上	(一 般) 500円／日 (月10日限度) (低所得) 300円／日 (月10日限度)	(一 般) 500円／日 (月20日限度) (低所得) 300円／日 (月20日限度)

*いずれも1医療機関（薬局を除く）ごとに自己負担となります。

お問い合わせ先

〒800-0392 荏田町富久町1丁目19番地1

荏田町役場地域福祉課障がい者福祉サービス担当

城・秦・春本

TEL: 093-434-1039