

重度心身障害者医療費助成制度（精神）について

■制度の目的

重度心身障害者やその家族の経済的負担を軽減し、重度心身障害者の福祉の増進を図るため、医療費の助成を実施するものです。

■助成の対象となるもの

自立支援医療（精神通院医療）の自己負担金を助成します。

<保険対象外例（自費分）>

予防接種 ・ 室料差額 ・ レジ袋代 ・ 薬の容器代 ・ 文書料
食事代 ・ オムツ代 など

※助成対象となった医療費は、医療費控除は行えませんのでご注意ください。

※医療保険から給付（高額療養費、附加給付など）がある場合は、一部自己負担額からその額を控除した金額を助成します。

■申請方法

（1）埼玉県内の医療機関の場合

「重度心身障害者医療費受給者証」と「自立支援医療受給者証（精神通院）」を医療機関で提示することで、一部自己負担額を支払うことなく医療サービスを受けられます。ただし、助成対象外のものがあつた場合は、その支払いが必要となります。

※埼玉県内現物給付は、現物給付にご協力いただける医療機関等で適用となります。

※社会保険加入者で、1医療機関で1か月の医療費が21,000円を超えた場合は、当該医療機関でその月に係る医療費の一部負担金を窓口で全額お支払いいただき、後日、領収書を添付して障がい者支援課へご請求ください。高額療養費や附加給付の対象となる場合は、支給決定通知書も合わせて添付してください。

（2）埼玉県外の医療機関の場合

自立支援医療費（精神通院医療）を窓口でご負担いただき、後日、重度心身障害者医療費請求書に領収書を添付して障がい者支援課へご申請ください。

[申請先]

蓮田市役所障がい者支援課 ・ 蓮田駅西口行政センター（木曜休所）
平野連絡所

※郵送で申請する場合は、障がい者支援課宛に送付してください。

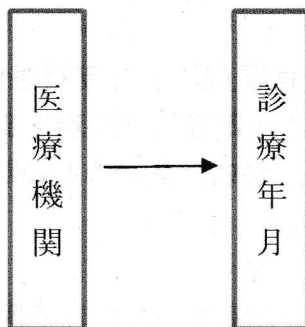
■請求書の提出方法

(1) 申請できる領収書は、下記の7点が明記されているものです。

- ①受診者氏名 ②診療年月日 ③保険診療点数 ④領収額
- ⑤発行年月日 ⑥発行者名（医療機関等の名称や所在地など）
- ⑦領収印

◎医療機関で、重度心身障害者医療費請求書の下部にある、領収書欄を記入していただき、申請することもできます。その際、上記内容の記入漏れがないようご確認ください。また、医療機関によっては、領収書の記入が有料となる場合があります。

(2) 領収書は、下記のように分けて、それぞれ1枚ずつ請求書を提出してください。請求書は、障がい者支援課窓口においてあります。（ホームページからダウンロードもできます。）



(3) 領収書は原則、原本提出です。領収書の原本が他の手続きに必要な場合は、事前にご自身でコピーをしていただき、原本と一緒に障がい者支援課窓口にお持ちください。原本とコピーを確認後、原本をお返しします。

(4) 医療費を支払った翌日から起算して5年経過した領収書は、申請できません。

(5) 健康保険証を提示できなかったため、医療費を全額支払った場合の領収書は助成対象外です。

(6) 領収書の内容が助成対象のものなのか不明な場合は、領収書をご持参のうえ、障がい者支援課職員へお問い合わせください。

■申請時期と振込日について

請求書は、診療月の翌月以降に申請してください。

請求書は、毎月10日締め（土・日・祝日の場合は次の開庁日）、翌月末の振込みとなります。振込額は別途通知書を月末にお送りします。

※高額療養費や附加給付に該当する見込みがある場合は、お振り込みまでに3～4カ月以上かかる場合があります。

■変更届等について

下記の場合は、必ず変更の届け出をしてください。

- (1) 市外転出、市内転居
- (2) 住所・氏名の変更
- (3) 健康保険証の変更
- (4) 振込口座の変更
- (5) 受給者が死亡したとき



<お問い合わせ>

蓮田市役所 障がい者支援課

〒349-0193

蓮田市大字黒浜2799番地1

TEL 048-768-3111 (代)

FAX 048-769-0684

Eメール shougai@city.hasuda.lg.jp

R8.1.22 作成

記入例

重度心身障害者医療費請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

蓮田市長 宛て

記入日・記入者 →

住所 蓮田市大字黒浜 2799-1
 氏名 蓮田 太郎
 (電話 048-768-3111)

次のとおり、蓮田市重度心身障害者医療費助成条例第8条第1項の規定により請求します。

受給者の情報

入院・外来・調剤の別	入・外・調	診療科	科
市記入欄	一部負担金の額		円
	内訳	保険診療	円
		その他	円
		附加給付の額	円
		高額療養費の額	円
		助成請求額	円

申請者記入欄	受給者	受給者証 記号番号	2200001	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合 員・加入者の氏名	蓮田 太郎	
		ふりがな	はすだ たろう		記号番号	38 00001	
		氏名	蓮田 太郎		名	称	蓮田市
		生年月日	S 62年7月24日				

	入院	日	外来	日
--	----	---	----	---

領 収 書

¥ _____

ただし、 年 月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ を含み、
食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。）

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

年 月 日

医療機関等所在地（住所）

名 称 _____

氏 名 _____ 様 _____ 氏 名 _____ 様 _____

(電話 _____)

医療機関コード _____

- 注意
- 1 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 - 2 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。