

# 医療費助成における自己負担上限額(月額)

階層区分	階層 (支給認定世帯) 基準		患者負担割合：2割 ※1		
			自己負担上限額 (外来 + 入院 + 薬代 + 訪問看護費用)		
			一般	高額かつ長期 ※2	人工呼吸器 装着認定者
上位所得 (D)	市町村民税 課税(世帯)	所得割額25.1万円以上	30,000	20,000	1,000
一般所得Ⅱ (C2)		所得割額7.1万円以上～ 25.1万円未満	20,000	10,000	
一般所得Ⅰ (C1)		課税以上～ 所得割額7.1万円未満	10,000	5,000	
低所得Ⅱ (B2)	市町村民税 非課税(世帯)	年収82万6,500円超	5,000	5,000	
低所得Ⅰ (B1)		年収82万6,500円以下	2,500	2,500	
生活保護 (A)		-	0	0	0
入院時の食費			全額自己負担		

(単位：円)

※1 負担割合が「1割」となっている方の負担割合は「1割」のまま変わりません。

※2 ひと月あたりの医療費総額(10割分)が50,000円を超える月が、申請月から12か月以内に6回以上ある場合は、申請に基づき、翌月以降の自己負担上限額が変わることがあります。

## 自己負担上限額管理票について (使用例)

特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票		54 令和〇年△月分 自己負担上限額管理票 月額自己負担上限額 10,000円					
受診者氏名	寝屋川 太郎 (例)	受診者番号	0123456				
受給者番号	0123456	日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
※受診者氏名・受給者番号を記入してください。		△月△日	×××病院	10,000	2,000	2,000	㊟
※.....		△月△日	〇〇〇薬局	50,000	8,000	10,000	㊟
※.....		△月×日	◆◆訪問看護ステーション	100,000	0	10,000	㊟
		月 日	管理票の記入例 (医療機関が記入します)				
		月 日					
		月 日					
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。							
日付	指定医療機関名						確認印
△月△日	〇〇〇薬局						㊟

- 自己負担上限額管理票(以下管理票)は認定後に受給者証と一緒に届きます。氏名・受給者番号をご記入ください。
- この管理票は、特定医療費(指定難病)受給者証の交付を受けた方が、指定医療機関で受診した際の自己負担額を管理するものです。受給者証と合わせて指定医療機関窓口へ提示してください。
- 月ごとの自己負担額の合計が自己負担上限額に達した場合、それ以上の特定医療に係る自己負担はありません。
- 指定医療機関の窓口に管理票の提示ができなかった場合、自己負担額の累積が考慮されませんのでご注意ください。
- 管理票の記入欄がなくなった時や紛失したときは、難病担当窓口でお渡しすることができます。
- 更新・変更申請の際には、管理票を医療費の証明に使用しますので大切に保管してください。