

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
生活保護 (A)	—		0	0	0
低所得Ⅰ (B1)	市町村民税 非課税 (世帯)	本人年収 (～80万9千円)	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ (B2)		本人年収 (80万9千円超～)	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ (C1)	市町村民税 課税 (世帯)	課税以上～ 所得割額7.1万円未満	10,000	5,000	
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	
上位所得 (D)		所得割額25.1万円以上	30,000	20,000	
入院時の食費			全額自己負担		

※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。 (単位：円)

※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

受診者氏名	寝屋川 太郎（例）
受給者番号	0123456

※受診者氏名・受給者番号を記入してください。

※-----

※-----

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

受診者名	寝屋川 太郎	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
△月△日	×××病院	10,000	2,000	2,000	印
△月△日	〇〇〇薬局	50,000	8,000	10,000	印
△月×日	◆◆訪問看護ステーション	100,000	0	10,000	印
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				印

内部

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。