

# 松浦市の心身障害者の福祉医療費の助成について

この制度は、受給資格をお持ちの方が医療機関に受診された場合、申請により支払った金額の一部を払い戻す制度です。

## ● 申請の仕方

1. 申請書を**1月毎・1医療機関毎に1枚**提出してください。
2. 申請書には**領収書**(レシート不可)を添付されるか、**医療機関による証明**が必要となります。  
領収書の原本が必要な場合は、事前にコピーを準備(市でコピーする場合は使用料として1枚10円を徴収します。)して、原本と一緒に窓口を持参してください。(原本に「福祉医療費申請済」の印を押して返却します。)
3. 申請書には、**上段の太枠で囲んである部分のみ**をご記入ください。
4. 押印は認めて構いませんが、シャチハタは使えませんのでご注意ください。
5. 申請書の提出先は、下記担当課または最寄の支所でも提出できます。

## ● 払い戻し金額の計算

### 払い戻し金額＝

支払った保険診療内の金額 － 高額療養費・付加給付等 － 自己負担額  
(健康保険から払い戻しのある金額)

※自己負担額は以下のとおりです。

| 月ごとの診療日数 |    | 1日        | 2日以上   |
|----------|----|-----------|--------|
| 自己負担額    | 病院 | 800円      | 1,600円 |
|          | 薬局 | なし (全額返金) |        |

※身体障害者手帳4級をお持ちの方の支給額は以下のとおりです。

| 診療日数 |    | ひと月につき                            |
|------|----|-----------------------------------|
| 支給額  | 病院 | 保険診療一部負担金から医療機関ごとに1000円を控除した額の1/2 |
|      | 薬局 | 保険診療一部負担金(窓口で支払った額)の1/2           |

## ● 払い戻し方法について

1. 支給方法 → 口座振込み(認定申請時の登録口座)
2. 支払日 → 月末までに提出された分を翌月末に口座振込み  
(前期・後期高齢者医療制度適用の方は3ヶ月遅れます)
3. 申請有効期間 → 支払月より5年経過すると申請できません。

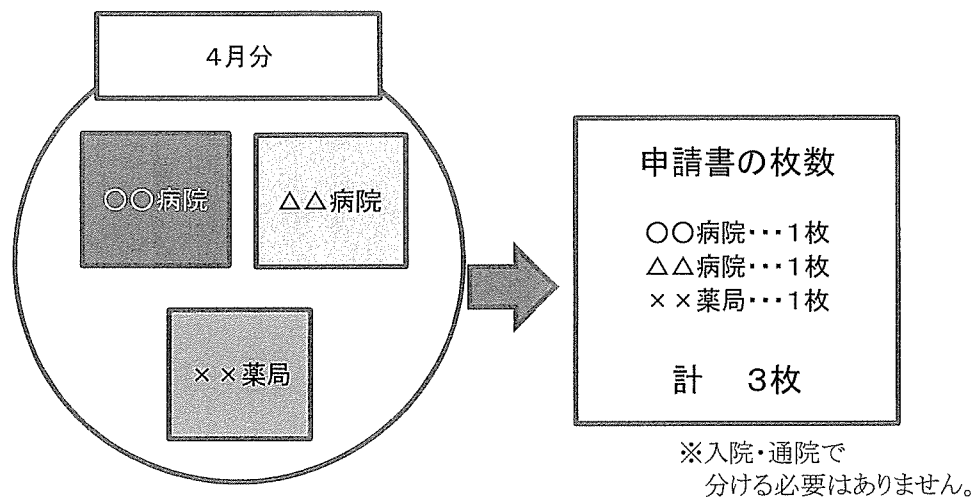
〈問合せ先〉 代表 0956-72-1111

|       |            |      |
|-------|------------|------|
| 受給対象者 | 担当課・係      | 電話内線 |
| 障害者   | 福祉事務所障害福祉係 | 157  |

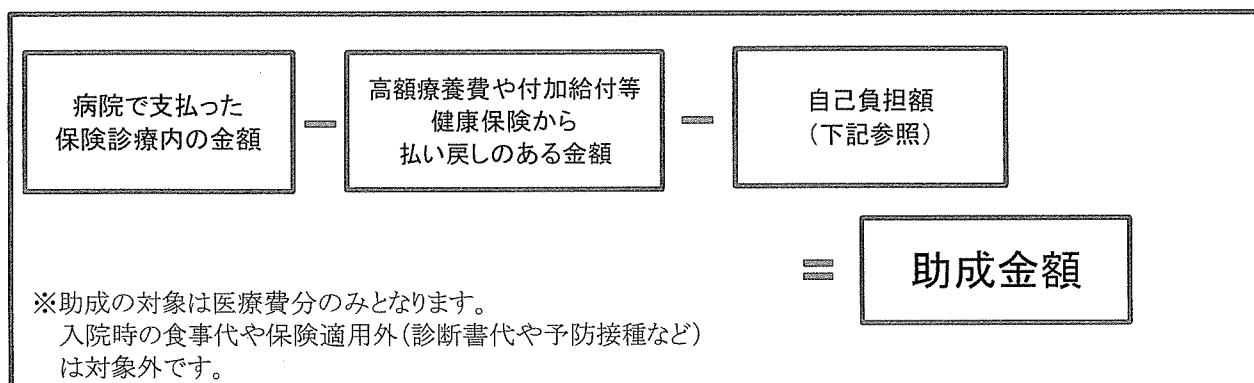
● 申請の仕方（例）

申請書の必要枚数は**1月毎・1医療機関毎に1枚**となります。

（例）・・・同じ月に病院2か所と薬局1か所を受診した場合



● 助成額の計算方法



自己負担額について

| 月ごとの診療日数 | 1日           | 2日以上   |
|----------|--------------|--------|
| 病院       | 800円         | 1,600円 |
| 薬局       | なし（全額返金できます） |        |

上記の例でいくと・・・

△△病院分

医療費が84,000円、健康保険からの払い戻しが50,000円、受診した日数が10日の場合

$$\begin{array}{rclcl}
 \text{【医療費分】} & - & \text{【健康保険からの払い戻し】} & - & \text{【自己負担額】} & = & \text{【助成額】} \\
 84,000\text{円} & - & 50,000\text{円} & - & 1,600\text{円} & = & \underline{32,400\text{円}}
 \end{array}$$

××薬局分

医療費が5,000円、健康保険からの払い戻しが無く、日数が2日の場合

$$\begin{array}{rclcl}
 \text{【医療費分】} & - & \text{【健康保険からの払い戻し】} & - & \text{【自己負担額】} & = & \text{【助成額】} \\
 5,000\text{円} & - & 0\text{円} & - & 0\text{円} & = & \underline{5,000\text{円}}
 \end{array}$$