

伯耆町医療費助成について（平成 23 年 4 月 1 日施行）

区分		伯 耆 町 医 療 費 助 成 制 度																	
障害等をお持ちの方	対象者	①身体障害者手帳 3～5 級所持者 ②療育手帳 B 所持者 ③精神保健福祉手帳 2 級所持者 ④障害者自立支援医療受給証所持者 ※後期高齢者医療受給者、生活保護者を除く (ただし、70 歳以上 75 歳未満の者について、1 割負担の期間は対象外)																	
	所得制限	本人所得が老齢福祉年金の支給基準額未満 <table><tr><td>扶養親族等の人数</td><td colspan="2">基 準 額</td></tr><tr><td>0 人</td><td colspan="2">1,595,000 円</td></tr><tr><td>1 人</td><td colspan="2">1,975,000 円</td></tr><tr><td>2 人</td><td colspan="2">2,355,000 円</td></tr><tr><td>3 人以上</td><td colspan="2">2,355,000 円 + (扶養人数 - 2) × 380,000 円</td></tr></table>			扶養親族等の人数	基 準 額		0 人	1,595,000 円		1 人	1,975,000 円		2 人	2,355,000 円		3 人以上	2,355,000 円 + (扶養人数 - 2) × 380,000 円	
	扶養親族等の人数	基 準 額																	
	0 人	1,595,000 円																	
	1 人	1,975,000 円																	
	2 人	2,355,000 円																	
	3 人以上	2,355,000 円 + (扶養人数 - 2) × 380,000 円																	
負担額	個人負担上限額（一医療機関ごと） <table><tr><td></td><td>通院</td><td>入院</td></tr><tr><td>住民税非課税世帯</td><td>2,000 円／月</td><td>10,000 円／月</td></tr><tr><td>課税世帯</td><td>4,000 円／月</td><td>20,000 円／月</td></tr></table>				通院	入院	住民税非課税世帯	2,000 円／月	10,000 円／月	課税世帯	4,000 円／月	20,000 円／月							
	通院	入院																	
住民税非課税世帯	2,000 円／月	10,000 円／月																	
課税世帯	4,000 円／月	20,000 円／月																	
入院時食事料	助成対象外																		
助成額	医療費の一部負担金から月額負担上限額を超えた額の 2 分の 1																		
診療科目	制限なし																		
ひとり親家庭	対象者	母子・父子家庭の 18 歳未満の児童 及び その扶養義務者 (児童扶養手当の所得制限以下の者に限る)																	
	負担額	入院 1, 200 円/日、通院 530 円/回 (通院は同一医療機関で月 4 回まで)																	
	入院時食事料	助成対象外																	
	助成額	医療費の一部負担金から負担額を超えた額の 2 分の 1																	
	診療科目	制限なし																	

※特別医療で助成される医療費については、対象外となります。

※保険診療以外の経費は、助成の対象外となります。