

伯耆町医療費助成について (令和5年8月1日現在)

区 分	伯 耆 町 医 療 費 助 成 制 度										
障害等をお持ちの方	<p style="text-align: center;">対 象 者</p> <p>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</p> <p style="text-align: center;">※後期高齢者医療受給者、生活保護者を除く</p>										
	<p style="text-align: center;">所 得 制 限</p> <p>本人所得が老齢福祉年金の支給基準額未満</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">扶養親族等の人数</th> <th style="width: 50%;">基 準 額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0人</td> <td>1,695,000 円</td> </tr> <tr> <td>1人</td> <td>2,075,000 円</td> </tr> <tr> <td>2人</td> <td>2,455,000 円</td> </tr> <tr> <td>3人以上</td> <td>2,455,000 円+ (扶養人数-2) × 380,000 円</td> </tr> </tbody> </table>	扶養親族等の人数	基 準 額	0人	1,695,000 円	1人	2,075,000 円	2人	2,455,000 円	3人以上	2,455,000 円+ (扶養人数-2) × 380,000 円
	扶養親族等の人数	基 準 額									
	0人	1,695,000 円									
	1人	2,075,000 円									
	2人	2,455,000 円									
	3人以上	2,455,000 円+ (扶養人数-2) × 380,000 円									
<p style="text-align: center;">負 担 額</p> <p>個人負担上限額（一医療機関ごと）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">通 院</th> <th style="width: 35%;">入 院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>住民税非課税世帯</td> <td style="color: red;">2,000 円/月</td> <td style="color: red;">10,000 円/月</td> </tr> <tr> <td>課税世帯</td> <td style="color: red;">4,000 円/月</td> <td style="color: red;">20,000 円/月</td> </tr> </tbody> </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									
<p>入院時食事料</p> <p>助成対象外</p>											
<p>助 成 額</p> <p style="color: blue;">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</p>											
<p>診 療 科 目</p> <p>制限なし</p>											
ひとり親家庭	<p style="text-align: center;">対 象 者</p> <p style="color: orange;">母子・父子家庭の20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)</p>										
	<p style="text-align: center;">負 担 額</p> <p style="color: red;">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)</p>										
	<p>入院時食事料</p> <p>助成対象外</p>										
	<p>助 成 額</p> <p style="color: blue;">医療費の一部負担金から負担額を超えた額の2分の1</p>										
	<p>診 療 科 目</p> <p>制限なし</p>										

※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。