

重度心身障害者医療費助成金支給申請について

重度の障害を持つ方が、必要な医療を安心して受けられるよう、各種健康保険法による医療を受けた際の自己負担額を助成します。

関係書類

「重度心身障害者医療費助成金受給資格者証」

- ・受給資格者証は、保険証と一緒に大切に保管してください。
- ・有効期限は毎年9月末になります。新しい受給者証に関しては所得調査のうえ、対象の方に毎年10月1日までに送付します。（住所、保険証等に変更が生じた場合、速やかに届け出てください。）

「重度心身障害者医療費助成金支給申請書（後期高齢者以外用・後期高齢者用）」

申請書を医療機関で証明してもらい、大崎町役場 保健福祉課障害福祉係に提出してください。
（県外および県内の一部対象外の医療機関を受診した場合、治療用の補装具を作った場合の申請に必要です。）

申請上の注意

- 資格取得日の属する診療月分から請求できます。
- 各医療機関にて受給資格者証を毎回ご提示ください。提示がない場合、医療費の自動償還の対象にならない場合があります。
- 各医療機関に受給資格者証の提示があった場合、申請書の提出は不要です。
- 申請書は各医療機関ごとに、ひと月当たり1枚、証明してもらってください。請求期限は6ヶ月です。
（例：1月診療分の請求は7月末日が期限）

支払時期

診療月以降の支給となります。

- ・後期高齢者以外の方は、診療月の2ヶ月後の支給となります。

（例：4月診療分の助成金は6月末日に支払われます。）

※申請書提出の場合、申請月の翌月末の支給となります。

- ・後期高齢者用は、診療月の4ヶ月後の支給となります。

（例：4月診療分の助成金は8月末日に支払われます。）

※高額療養費等が発生した場合や医療費の支払日、申請書の提出日等により、支払いが遅れる場合もあります。

【問合わせ先】

〒899-7305 大崎町仮宿1029番地
大崎町役場 保健福祉課 障害福祉係
TEL 099-476-1111（内線141）