

特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちの皆様へ

まずは受給者証をご覧ください。

自己負担上限額の右にC1・C2・Dのいずれかが記載されている方は、自己負担額を軽減できる場合があります。

下記の要件をすべて満たした場合は軽減の対象となり、申請された翌月から適用になりますので、ぜひご確認ください。

《申請の要件》

要件1 ひと月にかかる医療費

指定難病にかかる医療費総額が5万円を超える月

例：2割負担の方の場合、月額自己負担額が1万円を超えると、医療費総額が5万円を超えたことになります。

要件2 対象期間

申請を行う日の属する月を含めて過去12ヶ月以内（ただし、指定難病の支給認定を受けている期間に限られます。）

要件3 回数

上記の要件1、2を満たす月が6回以上

《申請方法》

以下のいずれかをご用意の上、お住まいの地域を管轄する保健所に申請してください。（高額かつ長期の申請）

- 指定難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書（別紙様式第1号）
- 対象月の記載がされている自己負担上限額管理票

《備考》

- 特定医療費の支給対象となる介護保険サービスに要する費用は含まれます。
- 入院時の食事療養費・生活療養費は含まれません。
- 自己負担上限額の変更は、申請された翌月1日から適用されます。

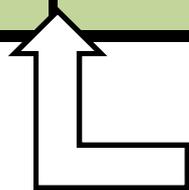
《問い合わせ先》

県庁健康寿命推進課 難病・小児疾病係

TEL) 077-528-3547

FAX) 077-528-4857

自己負担上限額（外来＋入院）			
階層 区分	一般	高額かつ長期	人工 呼吸器等 装着者
生活保護 (A)	0	0	0
低所得Ⅰ (B1)	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ (B2)	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ (C1)	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ (C2)	20,000	10,000	
上位所得 (D)	30,000	20,000	



**こちらの区分および金額に
該当する方が対象です**