

【重度心身障害者等医療費助成制度】

令和6年7月診療分から「自動償還払い方式」になりました。

〇〇市(町村)重度心身障害者等医療費 助成金受給資格者証

市町村番号		事業番号	
受給者番号			
対象者	氏名		
	生年月日		
	住所		
保護者	氏名		
	住所		
医療保険	記号・番号		
	被保険者氏名		
	保険者名称		
有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで		
備考	精神障害者保健福祉手帳1級のみ お持ちの方は、通院のみ対象		
令和〇年〇月〇日 交付 〇〇市長 印			

〈対象者〉

身体障害者手帳 1 級及び 2 級

療育手帳 A 1 , A 2 , A (知能指数 35 以下)

身体障害者手帳 3 級かつ療育手帳 B 1 (知能指数 50 以下)

精神障害者保健福祉手帳 1 級 (通院のみ)

※ 一定の所得以上の方は対象外になります。

制度を受けるためには

**毎月 1 回受給者証の提示が必須となっております。
お持ちの方は総合受付にてご提示をお願いいたします。**

制度や認定に関しては、下記役所へお問い合わせください。

障害福祉課 : 216-1273

谷山福祉課 : 269-8472

伊敷福祉課 : 229-2113

吉野福祉課 : 244-7379

吉田保健福祉課 : 294-1214

桜島保健福祉課 : 293-2360

喜入保健福祉課 : 345-3755

松元保健福祉課 : 278-5417

郡山保健福祉課 : 298-2114

鹿児島市外の方はお住まいの市町村へお問い合わせください。