

自立支援医療費の対象者と自己負担額

一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	市町村民税非課税 保護者収入 80万円以下	市町村民税非課税 保護者収入 80万円超	市町村民税(所得割) 3万3千円未満	市町村民税(所得割) 3万3千円以上23万5千円未満	市町村民税 (所得割) 23万5千円以上
生活保護	低所得1	低所得2	中間所得1	中間所得2	一定所得以上 公費負担の 対象外 ※医療保険の負 担割合・負担限度 額
負担0円	負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	
			重度かつ継続		
			中間所得1	中間所得2	
			負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円

※「重度かつ継続」の対象範囲

- ①心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後抗免疫療法に限る）、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の方
- ②医療保険の高額療養費で多数該当の方
（申請前の12ヶ月間において、対象児の属する医療保険の「世帯」で、高額療養費の支給を受けた月が3回以上あること。）

※高額療養費支給通知書の写し、高額療養費の請求に係る医療機関の領収書等をご用意ください。