

# 福祉医療費助成制度

【問い合わせ】住民課 保険年金担当  
TEL : 0748-52-6584 FAX : 0748-52-2003

制度	対象となる人	助成内容	申請に必要なもの	所得制限の有無
乳幼児	就学前までの乳幼児	保険診療の自己負担分すべて * 園の管理下における負傷等の場合、日本スポーツ振興センターの災害給付を、園を通じて申請してください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険証</li> <li>マイナンバーのわかるもの</li> <li>本人確認書類</li> </ul>	無
小中学生	小学生・中学生	保険診療の自己負担分すべて * 学校の管理下における負傷等の場合、日本スポーツ振興センターの災害給付を、学校を通じて申請してください。		
重度障害者(児)	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 1・2 級の人</li> <li>療育手帳 A1・A2 の人</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 1 級の人</li> <li>身体障害者手帳 3 級、療育手帳 B1、精神障害者保健福祉手帳 2 級のうち 2 種類以上該当の人</li> <li>特別児童扶養手当支給対象児童で 1 級の人</li> </ul>	保険診療の自己負担分 ただし、課税世帯の場合は次の一部負担が必要です。 (小・中学生は除く) 【通院】1 診療報酬明細あたり 500 円 【入院】1 日あたり 1,000 円 (月額 14,000 円を限度)	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険証</li> <li>身体障害者手帳</li> <li>療育手帳</li> <li>精神障害者保健福祉手帳</li> <li>所得証明書など</li> <li>マイナンバーのわかるもの</li> <li>本人確認書類</li> </ul>	有 滋賀県の定める所得制限
	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 3・4 級の人</li> <li>療育手帳 B1 の人</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 2 級の人</li> </ul>	保険診療の自己負担分 ただし、次の一部負担が必要です。 【通院】1 診療報酬明細あたり 500 円 【入院】1 日あたり 1,000 円 (月額 14,000 円を限度)		有 滋賀県の定める所得制限と併せて同一世帯の所得合計額 300 万円以下
障害者(児)	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体障害者手帳 5・6 級の人</li> <li>療育手帳 B2 の人</li> <li>精神障害者保健福祉手帳 3 級の人</li> </ul>	保険診療の自己負担分 ただし、次の一部負担が必要です。 【通院】1 診療報酬明細あたり 500 円 【入院】1 日あたり 1,000 円 (月額 14,000 円を限度)		有 世帯全員が住民税非課税

