

高額かつ長期(高額難病治療継続者)

◆指定難病の医療費が基準を超える場合に、負担上限月額を減額する制度があります。

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0	0	0
低所得Ⅰ	市・県民税非課税 （世帯）	本人年収～82万6.5千円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収82万6.5千円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	市・県民税課 （世帯）	市県民税所得割額	7万1千円未満	5,000	
一般所得Ⅱ			7万1千円～25万1千円未満	10,000	
上位所得			25万1千円～	20,000	
入院時の食費			全額自己負担（※生活保護は自己負担なし）		

◆「高額かつ長期の基準」を満たしている方が、申請することができます。

＜高額かつ長期の基準＞(Ⅰ～Ⅲの全てに該当)

Ⅰ 申請を行う日が属する月以前の12か月間(支給認定期間内に限る)に、

Ⅱ 医療費総額(特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費が対象、保険適用前10割の金額)が50,000円を超える月が、

Ⅲ 6月以上(連続していなくても可)ある場合

申請月の翌月(申請日が月初日の場合は当月)から負担上限月額が軽減される。

(年 月分) 負担上限月額管理票

受診者	受給者番号				
負担上限月額 特定医療費(指定難病) 受給者証に記載のとおり					
下記のとおり、負担上限月額に達しました。					
日付	指定医療機関名				
日	日				
負担上限月額に達した後も、引き続き医療費総額(10割分)列については記載いただくようお願いいたします。					
日付	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	自己負担額の累計	徴収印
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	
日	日	円	円	円	

(注)
 1 記入欄が不足した場合は、裏面を提出してください。
 2 受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
 3 本管理票は、使用後2年間は保管をお願いいたします。

◇対象期間の例

	令和 8 年													申請	令和 9 年									
月	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
				この期間で 50,000 円を超える月が6月以上										自己負担の軽減										
	支給認定期間												支給認定期間											

◆申請に必要なもの

- (1) 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(様式第1号)
- (2) 該当する月の負担上限月額管理票のコピー ※1
- (3) 特定医療費(指定難病)受給者証 ※2

※1 負担上限月額管理票に記載のない医療費がある場合は、「特定医療費(指定難病)証明書(様式第21号)」又は「医療費申告書(様式第3号)+領収書等のコピー」を提出してください。なお、領収書等は、診療点数等の記載があり、指定難病でかかった医療費が確認できるものに限りです。

※2 加入している公的医療保険や支給認定基準世帯員に変更がある場合、別途、変更手続きのため公的医療保険確認書類や課税証明書の提出が必要となる場合がありますので、事前にお問合せください。