

○自己負担額について（申請書の該当する所得区分について）

チェックシート

所得区分	該当条件（市民税所得割額）	自己負担額 （1か月の自己負担上限額）
生保	生活保護世帯	自己負担なし （ 0円）
低 1	市 民 税：非課税 収入の合計額： <u>80万円以下</u> 注：障害年金・遺族年金・障害児福祉手当等を受給されている方は受給された金額（年額）の分かる書類（証書・振り込み通知書等）を提出	1割負担 （ 2,500円）
低 2	市 民 税：非課税 収入の合計額： <u>80万円より多い</u>	1割負担 （ 5,000円）
中間1 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>3万3千円未満</u>	
中間2 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>3万3千円以上, 23万5千円未満</u>	1割負担 （10,000円）
一定以上 （※2）	市 民 税：課税 市民税所得割額： <u>23万5千円以上</u>	医療保険の負担割合 負担限度額 育成医療の対象外
		「重度かつ継続」に該当（※1） （20,000円）

※1 「**重度かつ継続**」の該当する方（下記①又は②に該当する方が対象）

- ① 腎臓・小腸・免疫・心臓機能障害（心臓移植術後の抗免疫療法に限る）・肝臓機能障害（肝臓移植術後の抗免疫療法に限る）のいずれかに該当する方
- ② 市民税所得割額が一定以上の方で、医療保険の高額療養費で多数該当する方（家族内で同じ医療保険に加入していて、申請日を基準にして過去12か月以内に高額療養費の支給が3回以上あった方）

注：上記②に該当する方は、保険者から発行される高額療養費の決定通知書が3枚又は高額療養費の請求に係る医療機関の領収書（保険適用の治療）3枚が必要になります。

※2 所得区分が「中間1」、「中間2」、「一定以上のうち重度かつ継続に該当」の方の自己負担上限額の適応は令和6年3月31日までです。

○申請先および問い合わせ先
（郵送の際、切り取ってご利用ください）

〒780-8571
高知市本町5丁目1番45号
高知市役所子育て給付課 育成医療担当

TEL 088-823-9447