

《 重度障がい者（児）医療費助成の対象者と助成内容 》

対 象 者	ひと月の自己負担合計額		助成方法	備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳 1 級または 2 級の交付を受けている方</li> <li>・療育手帳 A の交付を受けている方</li> <li>・身体障害者手帳 3 級と、療育手帳 B - 1 の両方交付を受けている方</li> </ul>	入院	1,000円	現物給付… 左記自己負担額を医療機関等で支払い、残りの医療費は医療機関等が市へ直接請求します※県外の医療機関等の場合を除く	宮崎県補助事業
	外来	1 診療報酬明細等につき500円 (調剤含む)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・療育手帳 B - 1 または B - 2 のみの交付を受けている方</li> </ul>	入院	3,000円	償還払い…一旦、医療機関等で医療費を支払い、左記自己負担額を超えた額を後から福祉課に請求します	小林市市単独事業
	外来			

※所得制限があります。

※助成金(償還払い分)は、受診月から 3 ヶ月後の 25 日（土・日・祝日の場合は、次の平日）に助成対象者の登録口座に振り込みます。（例：1 月受診→4 月 25 日振込）

※申請書の締切日は、毎月 10 日（土・日・祝日の場合は前日）です。