

医療機関 各位

糸魚川市長 米田 徹

糸魚川市の子ども医療費助成事業の改正について

日頃から、当市の医療費助成事業にご理解、ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

当市では、18歳以下の子どもにかかる医療費助成の無料化事業を計画し、準備を進めてまいりました。

このたび、下記のとおり制度の改正を行い、受給者証の変更を予定しておりますのでご協力をいただきますようお願いいたします。

記

1 改正日（開始日） 令和5年10月1日

2 改正内容

	現行（令和5年9月30日まで）	改正後（令和5年10月1日以降）
対象者	糸魚川市に住所がある子ども	（変更なし）
対象期間	出生から18歳に達する日以後最初の3月31日まで	（変更なし）
助成内容	医療保険適用分のうち、一部負担金を除いた金額を助成。 〈一部負担金〉 ・入院…なし ・通院…1回530円 （1医療機関あたり月4回まで負担、5回目からは無料） ・訪問看護…1日250円 ・調剤…なし	医療保険適用分のうち、自己負担額を全て助成。
	〈食事療養費に係る標準負担額〉 ・重度心身障害者医療費助成事業（県障61） ・ひとり親家庭等医療費助成事業（県親64）減額認定証交付者全員の標準負担額を助成。 ・子ども医療費助成事業（単子90）標準負担額減額認定証が交付された0歳児のみ、標準負担額を助成。	〈食事療養費に係る標準負担額〉 ・重度心身障害者医療費助成事業（県障61） ・ひとり親家庭等医療費助成事業（県親64）（変更なし） ・子ども医療費助成事業（単子90）標準負担額減額認定証が交付された子ども（0歳から18歳に達した最初の3月31日まで）の標準負担額を助成。

【裏面もご確認ください。】

3 受給者証変更点 (案)

糸魚川市 子ども医療費受給者証									
子	公費負担者番号	9	0	1	5	0	1	5	2
	公費負担者番号	9	1	1	5	0	1	5	1
	受給者番号								
	保険者番号								
受給者氏名									
子ども氏名									
子ども生年月日	年	月	日	性別					
子ども住所									
受給期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	
発行機関	新潟県 糸魚川市長 印								
交付年月日	年	月	日						

「入院自己負担分公費負担者番号」から「公費負担者番号」に文言を変更しました。

※ 重度心身障害者医療費助成事業 (県障 61) 及びひとり親家庭等医療費助成事業 (県親 64) の受給者証についても同じ箇所を変更しました。
 なお、対象者以外 (18 歳超え) は「91150151」を「*****」として発行します。

4 対象者への周知

新しい受給者証を令和 5 年 9 月末ごろに発送する予定です。

担当:糸魚川市教育委員会事務局こども課子育て支援係 富岡
 電話: 552-1511 (内線 2234)
 E-Mail: kodomo@city.itoigawa.lg.jp

※本件のお問い合わせは、上記担当あてにお願いします。