

指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額

階 層 区 分	階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合：2割、外来+入院)		
			原則		
			一般	重症 (※1)	人工呼吸器等 装着者
I	生活保護		0	0	
II	市町村民税 非課税（世帯）	低所得 I (～80 万円)	1, 250		500
III		低所得 II (80 万円超～)	2, 500		
IV	一般所得 I (市町村民税課税以上 7.1 万円未満)		5, 000	2, 500	
V	一般所得 II (市町村民税 7.1 万円以上 25.1 万円未満)		10, 000	5, 000	
VI	上位所得 (市町村民税 25.1 万円以上)		15, 000	10, 000	
入院時の食費 (※2)			1 / 2 自己負担		

(※1) 「重症」は以下の①、②のいずれかに該当する方

①高額治療継続者（高額かつ長期）

申請を行う日が属する月を含む過去 12 月以内に、小慢児童等が受けた小慢の医療支援（支給認定以後のものに限る。）につき医療費総額（10 割分）が 5 万円を超えた月数が 6 回以上あること

②重症患者認定基準を満たす者

医師の判断が必要ですので、受診される医療機関でお尋ねください。

(※2) 階層区分「I」に関しては、入院時の食費についても自己負担は生じません。