

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		
II	市町村民税 非課税（世帯）	低所得Ⅰ (～82万6千5百円)	1,250		500
III		低所得Ⅱ (82万6千5百円超～)	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	
入院時の食事（※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。