

指定小児慢性特定疾病医療支援に係る月額自己負担上限額

| 階層区分   | 階層区分の基準                                   |                    | 自己負担上限額（患者負担割合：２割、外来＋入院） |             |               |
|--------|-------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------|---------------|
|        |                                           |                    | 一般                       | 重症患者<br>（※） | 人工呼吸器等<br>装着者 |
| I      | 生活保護                                      |                    | 0                        |             | 0             |
| II     | 市町村民税非課税<br>（世帯）                          | 低所得 1（年収82.65万円以下） | 1,250                    |             | 500           |
| III    |                                           | 低所得 2（年収82.65万円超）  | 2,500                    |             |               |
| IV     | 一般所得 1<br>（市町村民税課税以上<br>市町村民税所得割額7.1万円未満） |                    | 5,000                    | 2,500       |               |
| V      | 一般所得 2<br>（市町村民税所得割額7.1万円以上<br>25.1万円未満）  |                    | 10,000                   | 5,000       |               |
| VI     | 上位所得<br>（市町村民税所得割額25.1万円以上）               |                    | 15,000                   | 15,000      |               |
| 入院時の食費 |                                           |                    | 1/2自己負担                  |             |               |

※ ①高額治療継続者

（医療費総額が5万円／月（例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月）を超えた月が年間6回以上ある場合）

②療養負担過重患者

のいずれかに該当。