

○ 子ども医療費助成

■ 助成対象者

出雲市内に住所を有する小中学生のうち、児童手当法の規定による児童手当の支給対象であって、各種医療保険の被保険者・被扶養者の方です。

特例給付の支給対象（※1）である方や生活保護を受けている方は対象となりません。

※1 児童を養育している者（生計中心者）の所得が下記の児童手当所得制限限度額以上の場合、児童手当の支給対象外（特例給付の対象）となります。

児童手当所得制限限度額

扶養親族等の数	所得制限限度額（万円）	収入額の目安（万円）
0人	622.0	833.3
1人	660.0	875.6
2人	698.0	917.8
3人	736.0	960.0
4人	774.0	1002.1

■ 申請に必要な物

お子様の健康保険証

■ 資格証を使用できる医療機関

乳幼児等医療費助成と同じです。

■ 助成対象医療費

乳幼児等医療費助成と同じです。

■ 自己負担額

・医療機関等を受診したときの本人負担額は次のとおりです。

		対象者	通院・薬局等	入院
小 中 学 生	児童手当の支給対象となる子ども	市町村民税非課税世帯の子ども	無料	無料
		上記以外の子ども	対象外	無料
	児童手当の支給対象外 ^{※1} となる子ども		対象外	対象外 ^{※2}

※2 慢性呼吸器疾患等 16 疾患群にかかる入院については、乳幼児等医療費助成の対象（1割負担・上限 15,000 円）となります。

■ 払い戻しの手続

次のような場合、差額の払い戻し申請ができます。申請用紙は窓口でお渡しします。

＜払い戻し申請ができる例＞

- ・出雲市子ども医療費助成制度に対応していない県内の一部医療機関を受診したとき
- ・子ども医療費受給資格証を利用できない県外の医療機関を受診し、3割負担をしたとき
- ・コルセット、膝サポーター、義手、義足などの治療用装具を購入、装着したとき
- ・小児弱視等の治療のための治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成、または購入したとき

※健康保険を適用していない（10割負担）の領収書は受付できません。加入されている保険者（健康保険組合等）へ払い戻しについてお尋ねください。

払い戻し申請に必要なもの ※以下①～④は申請される方全員に必要なものです。

- ①領収書（受診者名、診療点数記載のもの）
- ②印鑑（朱肉を使うもの）
- ③受給資格者口座の通帳、又は、キャッシュカード
- ④子ども医療費受給資格証
- ⑤医師の意見及び装具装着証明書（治療用装具の場合）
- ⑥眼鏡等作成指示書（治療用眼鏡、コンタクトレンズの場合）
- ⑦保険者からの支給決定通知書（治療用装具、治療用眼鏡、コンタクトレンズ等の場合）

■ 健康保険等の変更手続

変更項目	手続きに必要なもの
健康保険	お子様の健康保険証、子ども医療費受給資格証
氏名・住所	お子様の健康保険証、子ども医療費受給資格証
所得額・市町村民税額	お子様の健康保険証、子ども医療費受給資格証
紛失・毀損	お子様の健康保険証

■ 高額療養費は市が受領します

乳幼児等医療費助成と同じです。

問合せ 子ども政策課 ☎21-6963

■ 他の公費負担医療との関係

福祉医療の対象となる場合はそちらを優先します。

問合せ 福祉推進課 ☎21-6694