

後期高齢者医療制度の 窓口負担割合が見直されます

2割負担の新設について

10月1日から一定以上所得のある人は、医療費の窓口負担割合が2割になります。(窓口負担割合3割の人は除く)

9月30日(金)まで		10月1日(土)から	
区分	医療費負担割合	区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割	現役並み所得者	3割
一般所得者等	1割	一定以上所得のある人	2割
		一般所得者等	1割

- ・2割負担の対象となる人は、後期高齢者医療の被保険者全体のうち約20%の人です
- ・住民税非課税世帯の人は1割負担となります

2割負担となる対象の基準

①を満たした上で②に該当する場合のみ2割負担となります

①住民税課税所得の金額

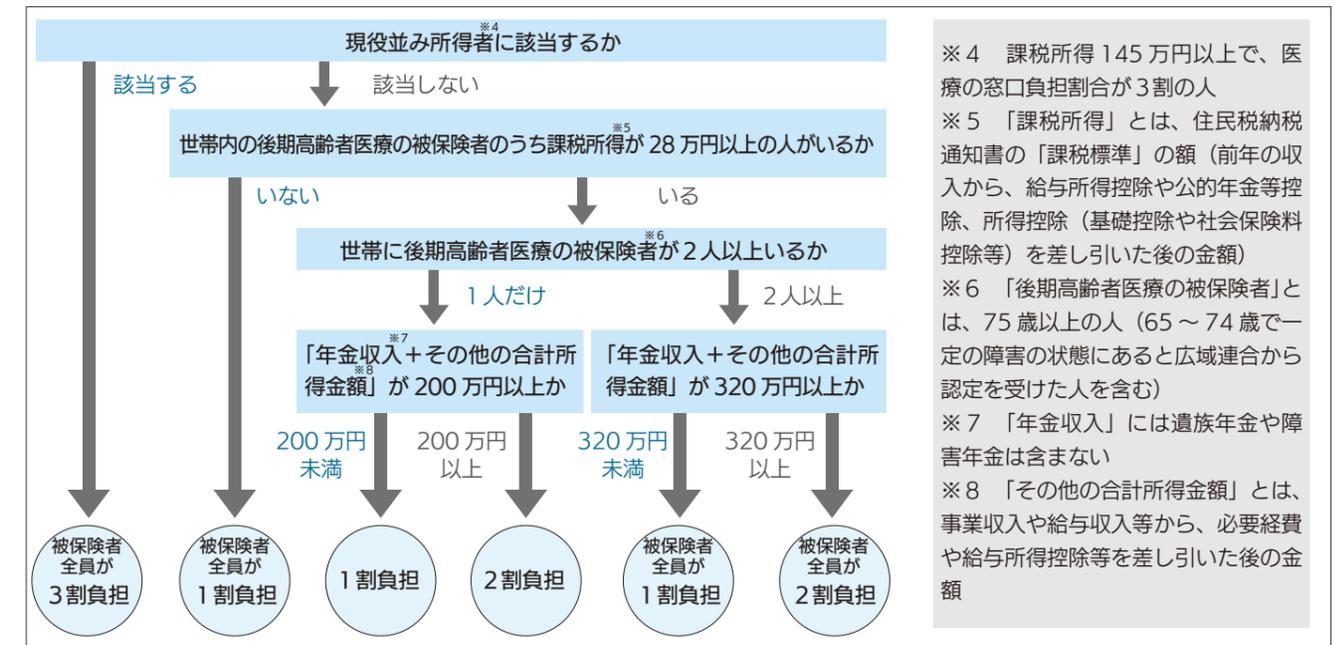
世帯内の後期高齢者医療の被保険者のうち、住民税課税所得が最大で、その課税所得が28万円以上かどうか。28万円未満の場合は、1割負担となります。
※1 住民税課税所得とは、住民税納税通知書の「課税標準」の額(前年の収入から、給与所得控除や公的年金等控除、所得控除(基礎控除や社会保険料控除等)を差し引いた後の金額)です。

②年金収入^{※2}とその他の合計所得金額^{※3}

上記金額の合計額が次の金額を超えるかどうか
・世帯に後期高齢者が1人の場合は200万円以上
・世帯に後期高齢者が2人以上の場合は320万円以上
※2 年金収入には、遺族年金や障害年金は含まれません。
※3 その他の合計所得金額とは、事業収入や給与収入等から、必要経費や給与所得控除等を差し引いた後の金額です。

窓口負担割合の判定

75歳以上の人などの後期高齢者医療の被保険者の課税所得や年金収入、その他の合計所得金額をもとに、世帯単位で判定します。



2割負担の新設に伴う配慮措置

窓口負担割合が2割となる人には、令和4年10月1日(土)の施行後3年間(令和7年9月30日(火)まで)は、1カ月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑える配慮措置があります。

■問合せ

○新潟県後期高齢者医療広域連合 ☎025・285・3222 ○保険年金課 年金医療係 ☎0256・77・8133

※窓口負担割合の見直しの背景などは下記コールセンターにお問い合わせください。

○後期高齢者窓口負担割合コールセンター ☎0120・002・719

障がいのある人を対象とした各種手当制度のご案内

いずれも制度の利用には申請が必要です。詳しくはお問い合わせください。

制度名	対象	手当額
①在宅重度心身障がい児者等介護手当	65歳未満の在宅重度心身障がい児者などの常時介護を要する人と同居し、月20日以上介護している人(身体障害者手帳1級・2級、療育手帳A、精神障害者福祉手帳1級所持者および特定疾患者) ※審査あり ※介護保険サービスを利用している場合は対象外	●通所・通学…月額1万円 ●常時在宅…月額2万円
②特別障害者手当	日常生活において、常時特別な介護を必要とする20歳以上の在宅の重度障がい者で、おおむね次の障がい重複する人またはそれと同程度以上の人 ●身体障害者手帳の1級・2級 ●知能指数おおむね20以下の知的障がい ●日常生活において常時介護を必要とする程度の精神障がい ※上記障がい程度は目安です。審査後、障がいの程度によっては、支給基準に該当しない場合があります。 ※施設などへ入所している場合は対象外	月額2万7,300円 ※請求者と扶養義務者(両親兄弟姉妹など)の所得制限あり
③障害児福祉手当	日常生活において、常時介護を必要とする20歳未満の在宅の重度障がい児で、おおむね次の障がいを有する人またはそれと同程度以上の人 ●身体障害者手帳の1級・2級 ●知能指数おおむね20以下の知的障がい ●日常生活において常時介護を必要とする程度の精神障がい ※上記障がい程度は目安です。審査後、障がいの程度によっては、支給基準に該当しない場合があります。 ※施設などへ入所している場合は対象外	月額1万4,850円 ※請求者と扶養義務者(両親兄弟姉妹など)の所得制限あり
④特別児童扶養手当	20歳未満の重度・中度の心身障がい児を監護している父母または養育している人 【1級障がい】 ●身体障害者手帳1・2級の一部、下肢3級の一部 ●療育手帳A ●上記と同程度以上の状態にある人(精神障がいなど) 【2級障がい】 ●身体障害者手帳3・4級の一部 ●療育手帳Bの一部 ●上記と同程度以上の状態にある人(精神障がいなど) ※施設などへ入所している場合は対象外	●1級…月額5万2,400円 ●2級…月額3万4,900円 ※請求者と扶養義務者(両親兄弟姉妹など)の所得制限あり
⑤在宅重度重複障害介護見舞金	次の全てを満たす人 (1)療育手帳Aの交付を受けている人 (2)身体障害者手帳の交付を受けている人で、次の障がい区分の2つ以上に当てはまる人。 ●視覚障害1級・2級 ●聴覚障害2級 ●肢体不自由1級・2級 ●内部障害1級 ※施設などへ入所している場合は対象外(入院は支給対象)	月額2万円 ※請求者と扶養義務者(両親兄弟姉妹など)の所得制限あり

①～④社会福祉課 障がい福祉係 ☎0256・77・8172
⑤三条地域振興局 地域福祉課 ☎0256・36・2232