

財政健全化法に基づき公表します

市の健全化判断比率の状況

平成29年度決算（2.3ページ）に基づき、健全化判断比率と資金不足比率（以下「財政指標」）を公表します。

この財政指標は、地方公共団体の財政が悪化したときに早期健全化することを目的に「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」に基づき設けられています。

市では、平成29年度決算に基づいた健全化判断比率と

財政課 ☎（93） 1 1 1 5

公営企業の資金不足比率について、監査委員の審査を受け、議会に審査意見とともに報告しました。

市の数値は、下表のとおり全ての財政指標が早期健全化基準を下回り、昨年度に続き財政の健全性（健全段階）を示しています。

今後も市では、財政と経営の健全化に取り組んでいきます。

自己負担額が軽減されます

高額医療・

高額介護合算療養費制度

年単位で「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その世帯合計が限度額を超えた場合、申請をすると、その限度額を超えた金額が支給されます。

対象者は、忘れずに手続きをしてください。

●国保年金課

●高齢者福祉課

■算定期間

平成29年8月1日～平成30年7月31日

※平成28年8月1日～平成29年7月31日分も申請可

■市から通知が届く人

支給対象者で、後期高齢者医療保険または富里市国民健康保険に加入している人には、平成31年1月～2月頃に通知を発送します。通知に基づき、国保年金課の窓口で手続きをしてください。

■市から通知が届かない人

次の人は、通知が届かないことがあります。

- 社会保険などに加入中の人が平成29年8月1日～平成30年7月31日の間に、他市町村から転入した人や医療保険が変わった人
- ※加入中の医療保険や介護保険の取り扱い窓口にお問い合わせください。

＜単位：％＞

■市の健全化判断比率と状況

4指標	市の数値	早期健全化基準	財政再生基準
①実質赤字比率	－	13.49	20.00
②連結実質赤字比率	－	18.49	30.00
③実質公債費比率	6.0	25.0	35.0
④将来負担比率	66.5	350.0	

※①と②は、実質収支が黒字のため「－」の表記になります。

＜単位：％＞

■市の資金不足比率と状況

会計の名称	市の数値	経営健全化基準
①水道事業会計	－	20.0
②下水道事業特別会計	－	

※①と②は、資金不足ではないため「－」の表記になります。

入院や高額な外来診療の前に申請を

国民健康保険の限度額適用認定証

国保年金課 ☎（93） 4 0 8 3

入院や外来診療のとき、ひとつの医療機関で月額の医療費が高額になり、自己負担額を超える場合は、「限度額適用認定証」を医療機関に提示することにより、支払いが自己負担限度額までとなります。「限度額適用認定証」は国民健康保険税の滞納がない世帯に属する被保険者に、市役所の窓口で交付します。

入院や高額な外来診療の前に、必ず申請をしましょう。

■自己負担限度額（月額）70歳未満

区分	基礎控除後の所得	3回目までの限度額	4回目以降の限度額（※1）
ア	901万円超	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1％	140,100円
イ	600万円超 901万円以下	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1％	93,000円
ウ	210万円超 600万円以下	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1％	44,400円
エ	210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※1 12か月間に、1つの世帯での支給が4回以上あったときの4回目以降の限度額

※所得の申告が無い場合は上位所得者とみなされ、アの区分に判定されます。

■自己負担限度額（月額）70歳以上

所得区分	外来＋入院（世帯）	
	外来（個人単位）	
現役並み所得者Ⅲ（課税所得 690万以上）	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1％【140,100円】	
現役並み所得者Ⅱ（課税所得 380万以上）	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1％【93,000円】	
現役並み所得者Ⅰ（課税所得 145万以上）	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1％【44,400円】	
一般所得	18,000円（年間上限 14.4万円）	57,600円【44,400円】
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ		15,000円

※【 】は、12か月間に4回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額

※年間上限とは、毎年8月1日～翌年7月31日までに外来で支払った医療費の自己負担を個人ごとに合算し、年間上限額を超えた場合に高額療養費として支給します。

国保加入者の療養費などの給付

国民健康保険の被保険者が、次の事由により、いったん医療費を全額負担した場合には、申請により審査で認められた保険給付分の払い戻しが受けられます。申請から支給まで2～3か月程度かかります。

- 旅行先や急病で、やむを得ず保険証を持たずに治療を受けたとき
- 医師が必要と認めたコルセットなどの治療用装具を作ったとき
- 医師が必要と認めたはり・きゅう・あんま・マッサージ師の施術を受けたとき
- 資格証明書を提示して治療を受けたとき
- 海外渡航中に治療を受けたとき

※治療目的の渡航は対象外

国保年金課 ☎（93） 4 0 8 3

国民年金保険料の免除制度

経済的な理由で、保険料の納付が難しい人は、市役所で申請し、年金機構から承認されると、保険料の免除を受けることができます。

申請者や配偶者、世帯主の前年の所得などを基準として、全額免除、4分の3免除、半額免除、4分の1免除があります。承認期間は、受給資格期間に換算されます。

そのほか、50歳未満を対象に、本人とその配偶者の所得状況のみを基準に審査をする、納付猶予制度もあります。制度の申請方法など、詳しくは問い合わせてください。

国保年金課 ☎（93） 4 0 8 5