

令和 7 年 3 月 26 日

お 客 様 各 位

株式会社 システムクレオ

【重要】柳川市重度心身障害者医療費助成制度に関する設定のご案内

拝啓 貴院、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきましてご案内申し上げます。

令和 6 年 9 月 27 日にご案内させて頂きました、福岡県医療助成制度に関するお知らせについて、柳川市の重度心身障害者医療費助成制度(対象患者:15 歳～65 歳)に関する設定に誤りがございました。

ご迷惑をおかけしましたこと、深くお詫び申し上げます。

つきましては、該当患者の確認方法と修正方法を別紙手順書にてご案内致します。(※令和 6 年 10 月以降の診療分が対象となります。)

尚、該当患者の再請求方法につきましては、審査機関にご確認頂くようお願い申し上げます。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、ご対応の程、宜しくお願い致します。

敬 具

記

【対象患者:柳川市 15 歳から 65 歳】

誤:公費の種類 280 障負担有

正:公費の種類 455 障害負有

※別紙設定手順書をご確認の上、修正頂きますようお願い致します。

以上