

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・変更）※1							
障 害 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	受診者住所				電話番号		
個人番号							
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の被保険者証の記号及び番号			保険者名			
	受診者と同一保険の加入者						
	該当する所得区分 ※ 2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続※3	該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳番号			交付年月日	年 月 日 交付			
障 害 名							
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む。)	医療機関名						所在地
受給者番号 ※ 4							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">朝来市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ※5</p>							

※1 新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、所得区分、医療機関の変更について、この様式を使用。

※2 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 変更の場合に記入。

※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

同 意 書
<p style="text-align: center;">朝来市長 様</p> <p>私は、自立支援医療費の支給認定に際して、貴職の課税台帳等の閲覧又は証明の願出に同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

〈所得の区分に関するチェックシート〉

※自立支援医療制度における「世帯」とは受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割か所得割のいずれか又は両方)が課税されていますか。
 - ・課税されていない：3へ(市町村民税非課税証明書をご用意ください。)
 - ・課税されている：4へ(市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。)
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。(自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。)
 (※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額)
 - ・80万円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万円を超える：「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市町村民税額(所得割)2万円未満：「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)2万円以上20万円未満：「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)20万円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- 更生医療…じん臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害
- 育成医療…腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法限る)
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方(申請前の12箇月間において、申請者の属する医療保険の世帯が3回以上、高額療養費の支給を受けた月がある場合)

一定所得以下		中間的な所得			
「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			医療保険の自己負担限度額	育成医療の経過措置	
			負担上限額 10,000円	負担上限額 40,200円	
			重 度 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

----- ここから下の欄は記入しないでください -----

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類()		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号			今回の受給者 番 号		
備 考					