

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1

障害者・児	フリガナ		年齢	生 年 月 日	
	受診者氏名		歳	年 月 日	
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
個人番号					
受診者が 未満の場合 18歳	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名				
	フリガナ		電話番号 ※2		
	保護者住所 ※2				
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 同一保険加入者				
	受給者と同一保険 の加入者個人番号				
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ 継続 ※4	該当 ・ 非該当
身体障害者手帳番号		精神障害者 保健福祉手帳番号			
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 ・ 電話番号		
	薬局名 ・ 訪問看護事業者		所在地 ・ 電話番号		
受給者番号 ※5					
<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;">年 月 日 申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">山陽小野田市長 あて ※6</p> <p>私は、障害者総合支援法第12条の規定に基づく「自立支援給付に関し必要があると認める事項」について、世帯の必要な情報を調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">同意者氏名 印</p>					

※1 該当する医療の種類及び新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※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 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。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

※6 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

課税画面から	
所得割	無・有( 円)
均等割	無・有
合計所得	無・有( 円)
年金収入	無・有( 円)
<b>聞き取り</b> (障害年金の場合級でも可)	
障害年金	無・有( 円)
遺族年金	無・有( 円)

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

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	個人番号 市区町村民税課税証明書		市区町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証
	生活保護受給世帯の証明書		その他収入等を証明する書類( )		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

(裏面)

## I 所得の区分に関するチェックシート

※ ここでいう「世帯」とは、自立支援医療受診者（以下「受診者」という。）と同一の健康保険に加入している方全員をいいます。

1 受診者は生活保護の認定を受けていますか。

- (1) 受けている
- (2) 受けていない

2 「世帯」の方全員の市民税は、次の(1)～(3)のいずれでしょうか。

(1) 誰も所得割も均等割も課税されていないとき、

受診者の収入額

(ただし、受診者が18歳未満の場合には、その保護者全員の収入額)が、

80万円以下 → 低 1

80万円を超える → 低 2

※ 収入とは、障害年金・遺族年金・特別障害者手当・特別児童扶養手当等を  
含めた収入の合計

(2) 誰も所得割は課税されていないが、

一人でも均等割を課税されている人がいるとき、

→ 中間1

(3) 一人でも所得割が課税されているとき、

市区町村民税所得割の額が、3万3千円未満

→ 中間1

市区町村民税所得割の額が、23万5千円未満

→ 中間2

市区町村民税所得割の額が、23万5千円以上

→ 一定以上

## II 育成医療・更生医療における「重度かつ継続」の対象範囲及び負担上限額

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に限る）

肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）

生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
0円	2,500円	5,000円	医療保険の自己負担限度額		公費負担の 対象外 (医療保険の 負担割合 ・限度額)
			育成医療の経過措置		
			5,000円	10,000円	
			重 度 かつ 継 続		
			5,000円	10,000円	20,000円

代理人氏名		続柄	
本人	1点確認	個・住・免・旅・身・特・その他(療・精・)	
確認欄	2点確認	健・介・後・年・生・その他(自・福・証・)	