

様式第27号(第29条、第32条関係)

(表面)

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	性別	年齢	生年月日
	受診者氏名	男・女	歳	
	フリガナ			電話番号
	受診者住所			
	個人番号			
受診 未満者 のが 場1 合8 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 關する 事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者名		
	受診者と同一保険加入者			
	受診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
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				

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

年月日 申請者氏名

印

山陽小野田市長 あて

※6

私は、障害者自立支援法第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。

同意者氏名

印

※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)
聞き取り(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
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
所得確認書類	市区町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市区町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 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 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）

※ 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、

80万9千円以下 → 低 1

80万9千円を超える → 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

※ 金額は自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2所得区分6に定める額を準用するものとする

(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 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	公費負担の対象外（医療保険の負担割合・限度額）	

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