

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		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 者 の 場 合 1 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 関する 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 ・ 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									
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

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	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 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			

(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） ※1

※ 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、

82万6,500円以下 → 低 1

82万6,500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		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 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・)