

第1号様式

|                                                                               |                      |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|--|--|-------|--------------------------|---------------|----------|---------|--|--|--|
| 自立支援医療費（育成医療）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            | 歳        | 生 年 月 日 |  |  |  |
|                                                                               | 受診者氏名                |                                 |  |  |       |                          |               |          | 年 月 日   |  |  |  |
|                                                                               | フリガナ                 |                                 |  |  |       |                          | 電話番号          |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 受診者住所                |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 個人番号                 |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
| 受診者が<br>場合18歳未満の                                                              | フリガナ                 |                                 |  |  |       |                          | 受診者との関係       |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 保護者氏名                |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | フリガナ                 |                                 |  |  |       |                          | 電話番号<br>※2    |          |         |  |  |  |
| 保護者住所<br>※2                                                                   |                      |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 保護者個人番号              |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
| 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                     |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 受診者と同一保険の加入者         |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 受信者と同一保険の加入者<br>個人番号 |                                 |  |  |       |                          |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               | 該当する所得区分<br>※3       | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |  |  |       |                          | 重度かつ<br>継続 ※4 | 該当 ・ 非該当 |         |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号                                                                     |                      |                                 |  |  |       | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号        |               |          |         |  |  |  |
| 受診を希望する指定<br>自立支援医療機関<br>（薬局・訪問看護事業<br>者を含む）                                  | 医 療 機 関 名            |                                 |  |  | 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。<br><br>申請者氏名 印 ※6<br><br>年 月 日<br><br>（あて先） 津 市 長 |                      |                                 |  |  |       | 市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の申告の有無 |               |          |         |  |  |  |
|                                                                               |                      |                                 |  |  |       | 有 ・ 無                    |               |          |         |  |  |  |

※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○をしてください。  
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。  
※3 別紙案内を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。  
※4 別紙案内を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。  
※5 再認定または変更の方のみ記入してください。  
※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でお願いします。

----- 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  | 年 月 日                           |  | 進達年月日          | 年 月 日 |                  | 認定年月日      | 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<br>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<br>継続 | 該当 ・ 非該当   |  |  |  |  |
| 所得確認書類   | 個人番号                            |  | 市町民税課税証明書      |       | 市町民税非課税証明書       |            | 標準負担額減額認定証 |  |  |  |  |
|          | 生活保護受給世帯の証明書                    |  | 市民税等調査同意書による確認 |       | 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      |                                 |  |                |       |                  |            |            |  |  |  |  |

## 〈所得の区分に関するチェックシート〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済保険の場合には扶養・被扶養の関係になる方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

### ○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護等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
  - 課税されている：4へ
- 自立支援医療を受診する方の世帯全員の方の収入がそれぞれ82万6千5百円以下ですか。  
（収入とは給与所得、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）
  - 82万6千5百円以下（収入申告書提出）：「低1」に○をしてください。
  - 82万6千5百円を超える：「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を納付している方が納めている市町村民税（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（所得割） 3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
  - 市町村民税（所得割） 23万5千円未満：「中間2」に○をしてください。
  - 市町村民税（所得割） 23万5千円以上：「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

- 次の疾患に該当する方
  - 腎臓疾患・・・人工透析、腎移植術及び免疫抑制療法を行う場合
  - 小腸疾患・・・中心静脈栄養法を行う場合
  - 免疫疾患・・・抗HIV療法、免疫調節療法を行う場合
  - 心臓疾患障がい・・・心臓移植後の抗免疫療法を行う場合
  - 肝臓疾患障がい・・・肝臓移植後の抗免疫療法を行う場合
- 申請月の前12ヶ月において、高額療養の適用を3回以上受けた方。

| 一定所得以下      |                      |                      | 中間的な所得            |                              | 一定所得以上                              |
|-------------|----------------------|----------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 生活保護<br>等世帯 | 低所得1                 | 低所得2                 | 市町村民税<br>3万3千円未満  | 市町村民税<br>3万3千円以上<br>23万5千円未満 | (市町村民税23万5千円以上)                     |
|             |                      |                      | ⑦ 負担上限額<br>5,000円 | ⑧ 負担上限額<br>10,000円           | ⑨ 公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合<br>・負担限度額) |
| 0円<br>①     | 負担上限額<br>2,500円<br>② | 負担上限額<br>5,000円<br>③ | ④ 負担上限額<br>5,000円 | ⑤ 負担上限額<br>10,000円           | ⑥ 負担上限額<br>20,000円                  |