

自立支援医療費(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 受診者氏名		年齢		生 年 月 日
	個人番号				年 月 日
場合のみ記入 受診者が18歳未満の	フリガナ 受診者住所	〒		電話番号	
	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係	
負担額に関する事項	受信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				
身体障害者手帳番号	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	
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、デイケア事業者を含む。)	医療機関(薬局)名	所在地・電話番号			
	(薬局)	TEL			
	(訪問看護)	TEL			
		TEL			
受給者番号 ※5	特定疾病療養受療証の有無 ※6	有 ・ 無			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 (宛先)伊賀市社会福祉事務所長 年 月 日					
私は、自立支援医療(更生医療・育成医療)の適正な助成のため、氏名、生年月日、受給者番号、自己負担上限額、申請年月日若しくは変更(追加)年月日を上記受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局等)に情報提供することに同意します。 ※7 氏名					

- ※1 新規・再認定(継続申請)・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 受給者証をお持ちの方は、受給者証に記載されている番号記載すること。
- ※6 人工透析を受ける申請者のみ、受療証の有無について該当するものに○をする。
- ※7 この同意は負担上限を超えて負担しないためなど適正に助成を執行するための情報提供です。氏名欄には受給者(18歳未満の場合は保護者)の氏名をご記入ください。

----- 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		判定依頼書 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・市町村民税非課税証明書・標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯の証明書・同意書による確認・その他()				
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組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、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

- 1 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
 - 2 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
 - 3 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才未満の場合には保護者(生計を一にする保護者のうち最多収入者)の収入が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。
 - 4 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、以下の方の市町村民税額(所得割)は、以下のどの金額に該当しますか。

対象：加入している保険が社会保険の場合→被保険者の市町村民税額(所得割)

加入している保険が国民健康保険の場合→被保険者全員の市町村民税額(所得割)の合算

 - ・市町村民税額(所得割)3万3,000円未満：「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)23万5,000円未満：「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)23万5,000円以上：「一定以上」に○をしてください。
 - 5 「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
- ① 更生医療・育成医療……腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害、免疫機能障害
 - ② 医療保険の多数該当の方(申請前12か月で3回以上の医療保険高額療養費を受けた方)

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
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)
			医療保険の自己負担額限度額		
			育成医療の経過措置		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000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