

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・転入）													※1
受診者	フリガナ											性別	
	氏名	個人番号										男・女	
	住所												
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	電話番号					
保護者 ※2	フリガナ											受診者との関係	
	氏名	個人番号											
	住所												
負担額に関する事項	被保険者証の記号・番号					保険者名							
	受診者と同一保険の加入者					個人番号							
						個人番号							
						個人番号							
						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							
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>平成 年 月 日</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p>福島市福祉事務所長</p>													

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額およ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 受診者が18歳未満の場合は、記入する。
- ※3 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 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する。
- ※6 申請者氏名は、記名押印または自筆による署名のいずれかとする。

----- 【職員記入欄】 ----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

申請受付年月日		判定依頼年月日		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
所得確認方法	市町村民税課税証明書	備考			
	市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 ( )				

### 【所得の区分に関するチェックシート】

以下の質問における「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において、扶養・被扶養の関係にある方全員（国民健康保険の場合は加入者全員）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収入（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）が**80万円以下**ですか。
  - 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。
- 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支払っている方が納めている市民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
  - 市民税額（所得割） **3万3千円未満**：「中間1」に○をしてください。
  - 市民税額（所得割） **2万3千5百円未満**：「中間2」に○をしてください。
  - 市民税額（所得割） **2万3千5百円以上**：「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

- 心臓機能障がい（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、じん臓機能障がい、肝臓機能障がい（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、小腸機能障がい、免疫機能障がい
- 医療保険の高額療養費で多数該当

← 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	負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 医療保険の自己負担上限額		自立支援医療の 対象外
			重度か 負担上限月額 5,000円	つ継続 負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円