

自立支援医療費（育成・更生）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	生 年 月 日	
	受診者氏名		歳	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
	受診者住所	〒		電 話 番 号 () -	
	個人番号				
	自立支援医療受給者番号※2		身体障害者手帳番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	電 話 番 号	
	保護者氏名			() -	
	保護者住所	〒		※受診者と同じ場合は省略可	
	個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号番号		保険者名		
	受診者同一医療保険の加入者				
	年金及び手当等 ※3	有 ・ 無	障害・遺族・その他 ()	級 ()	円)
	特定疾病療養受療証	有 ・ 無	自己負担上限額 (1万円 ・ 2万円) ※有の場合		
	該当する所得区分	生保等 ・ 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
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む）	医療機関名		所在地・電話番号		
			〒 () -		
			〒 () -		
<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>私の世帯の状況は裏面のとおりです。なお、所得区分の認定に当たり、世帯の課税状況及び収入額等について関係機関に調査照会し、調査の結果を基に、所得区分の認定を受けることに同意します。また、認定を受けた自立支援医療受給者証の写しを、関係医療機関等に送付することについても同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>※4</p> <p style="text-align: right;">呉市長 様</p>			<p>添付書類</p> <p><input type="checkbox"/> 要否意見書</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 医療保険証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護の受給が確認できるもの</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者の収入が確認できるもの</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		

※1 育成・更生及び新規・再認定・変更のいずれかに○をしてください。（変更とは、太線内の変更がある場合のみ）
通院から入院等の変更は、要否意見書が必要な場合があります。
太線以外の変更（氏名・住所・保険証等）は、記載事項変更届を提出してください。

※2 現在自立支援医療を受けている方のみ記入してください。

※3 所得区分が低1・低2に該当する場合のみ記入してください。

※4 記名押印または自筆による署名により記入してください。

世帯調書

世帯構成員氏名	被保険者に○を記入	生年月日	生活保護適用の有無	令和 年度 市民税 課税額		収入 (市民税非課税世帯の場合のみ記入)	
				均等割	所得割		
受診者		. .	有・無				
(個人番号)		. .	有・無				
(個人番号)		. .	有・無				
(個人番号)		. .	有・無				
(個人番号)		. .	有・無				
(個人番号)		. .	有・無				
受診者と異なる医療保険に加入する保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)							
(個人番号)		. .	/				
(個人番号)		. .					
				合計(社保等は被保険者分のみを記入)			

- 1 世帯構成員とは、同一の医療保険に加入されている方(別居も含む)です。受診者本人を含めて全員を記入してください。
- 2 市民税額については、自立支援医療を受ける日の属する年度(4月～6月である場合は前年度)の額を記入してください。
- 3 収入については、市民税非課税世帯の場合のみ受診者(18歳未満の場合は同一医療保険加入の保護者)の収入額を記入してください。

収入額とは、「地方税法292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障害基礎年金、障害厚生年金、遺族共済年金等の公的年金及び特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当」の合計額です。

※受診者が非課税年金(障害年金・遺族年金等)や障害者手当を受給されている場合は、その額が確認できるもの(通帳・年金振込通知書等)を持参してください。

なお、非課税世帯で、受診者の収入額の確認ができない場合は、低2として取り扱います。

----- ここから下は記入しないでください。 -----

自己負担額認定表

区分	市民税課税額					収入額(市民税非課税世帯の場合)			
	均等割		所得割						≤80万
世帯の課税額									>80万
所得区分	生保等 ・ 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	
自己負担上限額	0円	2,500円	5,000円	10,000円	医療保険 上限額	重度かつ継続 5,000円	重度かつ継続 10,000円	重度かつ継続 20,000円	却下
所得確認	市民税課照会		福祉総合システム		公的機関の証明		その他()		