

自立支援医療費（育成）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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所					電話番号				
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2				
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名					
	受診者と同一保険の加入者									
	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					
受給者番号 ※5										
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無			診断書の添付 ※6、※7	有 ・ 無					
<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>申請者氏名 印 ※8</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align:right">守口市福祉事務所長 殿</p>										

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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 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。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 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こと。

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	
所得確認方法	個人番号 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（ ）			
前回の受給者番号				今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規					
備考						

自立支援医療費(育成)支給認定申請書について

1. 添付書類一覧

申請・届出項目	申請書	自立支援(育成医療)意見書	同意書 兼 世帯状況申出書 (育成医療)	市町村民税課税証明書	健康保険証の写し※1	記載事項変更届(育成医療)
新規	○	○	○	△	○	
継続・再認定	○	○	○	△	○	
保険変更			○	△	○	○
医療機関・薬局 変更、追加※2	○	△				
住所・氏名等 変更						○

※1 生活保護受給者の方は不要です。

ただし、居住地の市町村以外で保護を受けられている方は、生活保護受給証明書が必要となる場合があります。

※2 薬局変更、追加の場合は意見書の提出は必要ありません。

薬局変更の場合、変更日の記入をお願いします。(申請書に記入欄がないため、医療機関名の余白に記入をお願いします。)

《注意事項》

※ 医療機関、薬局は原則1箇所ずつです。

利用されている薬局名の記入が漏れやすいので、確認をお願いします。院内薬局の場合は、医療機関名のみで結構です。

※ 育成医療受給者証の発行後、医療機関において育成医療適用期間からさかのぼって返金となるかは医療機関によって対応が異なりますので、返金方法について尋ねられた場合は、医療機関に直接確認いただくようご説明をお願いします。

2. 所得区分

○受診者の「世帯」の収入(所得区分)により1ヶ月あたりの自己負担限度額が定められます。

○本制度の「世帯」とは、住民票上の世帯に関わりなく、同じ健康保険に加入している家族をいいます。

○「世帯」の所得区分は、健康保険など国民健康保険以外の医療保険であれば、被保険者の所得により認定されます。

国民健康保険であれば、「世帯」内の被保険者全員の所得により認定されます。

「生保」	市町村民税非課税		市町村民税課税	
	収入 ≤ 80万円/年	収入 > 80万円/年	市町村民税 < 3万3千円/年 (中間1)	3万3千円/年 ≤ 市町村民税 < 23万5千円/年
負担額 0円/月 (生保)	負担上限額 2,500円/月 (低1)	負担上限額 5,000円/月 (低2)	負担上限額 医療保険の自己負担限度額	
			高額治療継続該当者(重度かつ継続)該当 ※注	
			負担上限額 5,000円/月	負担上限額 10,000円/月

※注 自己負担上限額が20,000円の方については、経過的特例措置終了後は対象外となります。

3. 公的年金の記載について

○「市町村民税非課税世帯」で生活保護を受給していない方は、本人の収入(受診者が18歳未満の場合は保護者の収入)に、自己負担上限額が定められます。収入には、合計所得金額のほか下記の公的年金が対象となりますので、受給されている申請書に年額を記載してください。

障害基礎年金、遺族基礎年金、寡婦年金、障害年金、障害厚生年金、障害手当金、遺族厚生年金、障害共済年金、障害共済一時金、遺族共済年金、特別障害給付金、労災による障害補償給付・障害給付等、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当等

4. 番号法にかかる本人確認等について

○番号法による個人番号および本人確認等のため、別途書類が必要になる場合があります。