

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者	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												
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					受診者と同一保険加入者の個人番号						
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続※3	該当・非該当					
	公的年金等受給の有無※4	有・無	公的年金の種類			年間収入額	円/年					
身体障害者手帳番号					新規申請中・障害名追加申請中							
受診を希望する指定自立支援医療機関 変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名				所在地・電話番号							
	医療機関				TEL:							
	薬局				TEL:							
訪問看護事業者				TEL:								
変更年月日	年 月 日											
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>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 裏面を参照し、受給しているものがあれば「有」に○をし、その種類及び年間収入額を記入する。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

窓口受付者 確認用

<input type="checkbox"/> 税申告の有無（課税確認対象者全員の申告があるか） <input type="checkbox"/> 公的年金受給の有無 <input type="checkbox"/> 被保険者証コピー <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証コピー（該当者のみ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳コピー（手帳同時申請の方は診断書のコピー）
---

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3・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（ ）				
前回の受給番号		今回の受給番号			
備考					

## 自立支援医療費(更生)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(更生医療)意見書※1	自立支援(更生医療)費用明細表※2	同意書兼世帯状況申出書(更生医療)	市町村民税課税証明書	健康保険証の写し※3	特定疾病療養受療証の写し※4	身体手帳の写し	身体手帳用診断書の写し	記載事項変更届(更生医療)	現況届	更生医療内容変更意見書
新規	○	○	○	○	△	○	○	○				
継続・再認定	○	△※5	○	○	△	○	○	○			△※5	
保険変更	○			○	△	○	○	○				
病院変更	○	○	○					○				△※6
薬局変更、追加 ※7	○							○				
住所・氏名等 変更								○		○		
身体手帳との同時申請	○	○	○	○	△	○	○		○			

※1 意見書は障がい別に様式が異なりますので、ご注意ください。

※2 費用明細表について

腎臓機能障がい(人工透析等)、免疫機能障がいの場合 12ヶ月用  
上記以外(心臓機能障がい、肢体不自由等)の場合 6ヶ月用 をお渡してください。

※3 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。

※4 人工透析をされている方が更生医療を申請される場合、原則、特定疾病療養受療証をお持ちであることが前提となります。

お持ちでない場合は担当までお声掛けください。

免疫機能障がいの方でも特定疾病療養受療証をお持ちの方がいますので、確認をお願いします。免疫機能障がいの方はお持ちでなくても申請可です。

●特定疾病療養受療証は保険者で発行されます。守口市国保・後期高齢は保険課にご案内ください。

※5 腎臓機能障がいの方の透析・抗免疫療法や、免疫機能障がいの方の継続の場合、「意見書」に替えて「現況届」での提出も可能です。

※6 病院変更の場合、転院元の病院から「更生医療内容変更意見書」、転院先の病院から「意見書」「費用明細表」の提出が必要です。

(腎臓機能障がいの方の透析・抗免疫療法や、免疫機能障がいの方については、「更生医療内容変更意見書」は不要です。)

※7 薬局変更、追加の場合は意見書及び費用明細表は必要ありません。申請書の変更年月日欄に変更日の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。院内薬局の場合は、医療機関名のみで結構です。

※ 更生医療受給者証の発行後、医療機関において更生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。

市町村民税非課税			市町村民税課税		
「生保」	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 (中間2)	23万5千円/年 ≤ 市町村民税 (一定以上)
	負担額	負担上限額	負担上限額	負担上限額	
0円/月 (生保)	2,500円/月 (低1)	5,000円/月 (低2)	医療保険の自己負担限度額		(医療保険の負担割合・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	負担上限額 20,000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)により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、受給されている方は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