

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	フリガナ				年齢	歳	※1 生 年 月 日		
	受診者氏名						大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	フリガナ				電話番号	()			
	受診者住所	富山市							
受診者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号				保険者名				
	受診者と同じ保険加入者氏名								
	受診者と同じ保険加入者個人番号								
	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	
	受診者の収入状況※4	障害年金等の受給の有無		有・無		特別障害者手当等の受給の有無		有・無	
身体障害者手帳番号		市・県第 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									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 自立支援医療支給認定にあたり、障害福祉課担当職員が必要な税情報や手当の調査をすることに同意します。 申請者氏名 申請者氏名 年 月 日 (宛先) 富山市社会福祉事務所長									

※1 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○をしてください。
※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※4 チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
(注) 自立支援医療受給者証の写しを指定医療機関に送付しますが、このことについてご都合の悪い方は申し出てください。

〈 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、国民健康保険又は後期高齢者医療制度の場合には一緒に医療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

- 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

※他市町村から転入され、富山市に税情報がない方で、マイナンバーの記入がない方は、市町村民税非課税証明書または市町村民税の課税額が分かる証明書を提出してください。
- 自立支援医療を受診する方の収入が**80万円以下**ですか。
（※収入とは障害年金・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。
- 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の算定対象とな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） **3万3千円以上2万3千5千円未満**：「中間2」に○をしてください。
 - ・市民税額（所得割） **2万3千5千円以上**：「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

 - ① 腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）のいずれかに該当する方
 - ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方（確認できる書類を提示してください。）

○ 自立支援医療の『受診者の収入状況』に関する質問

- 「障害年金等の受給の有無」 自立支援医療を受診する方が受給している場合は有に○をし、受給状況が分かる資料（年金証書・振込通知書等）を提示してください。受給していない場合は無に○をしてください。「障害年金等」とは、市民税が課税されない年金（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等）をいいます。
- 「特別障害者手当等の受給の有無」 自立支援医療を受診する方が受給している場合は有に○をし、受給状況が分かる資料を提示してください。受給していない場合は無に○をしてください。「特別障害者手当等」とは、障害年金等以外の市民税が課税されない手当等（特別障害者手当・経過的福祉手当等）をいいます。

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 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			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

自己負担額については1割負担(部分)。ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定。